Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Report on the document entitled : *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français*

(French-Language Healthcare – Improving Access to French-Language Health Services)

Chair
The Honourable Michael J. L. Kirby

Deputy Chair
The Honourable Marjory LeBreton

DECEMBER 2002

103-02227/

Ce document est disponible en français.

❖ ❖ ❖

Available on the Parliamentary Internet:
www.parl.gc.ca
(Committee Business – Senate – Recent Reports)
37th Parliament – 1st session

TABLE OF CONTENTS

ABBREVIATIONS ii

ORDER OF REFERENCE iii

SENATORS iv

1. INTRODUCTION 1

2. REPORTS: *POUR UN MEILLEUR ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS* (JUNE 2001) AND CCFSMC REPORT TO THE FEDERAL HEALTH MINISTER (SEPTEMBER 2001) 2

2.1 "Santé en français" national forum (November 2001)[0] 7

3. PROCEEDINGS OF THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY: SUMMARY OF TESTIMONY 8

3.1 Meeting 1: Health Canada 8

3.2 Meeting 2: Promotion of the Francophone fact 8

3.3 Meeting 3: Delivery of health care 9

3.4 Meeting 4: Professional training 10

3.5 Meeting 5: Follow-up to the report 13

4. OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS 14

4.1 Networking 17

4.2 Training 18

4.3 Front-line health care 20

4.4 What is the role of the federal government ? 21

4.5 The mechanisms for intergovernment co-operation 22

CONCLUSION: AN URGENT SITUATION 24

LIST OF RECOMMENDATIONS 26

LIST OF WITNESSES (37th Parliament, 1st Session) 28

ABBREVIATIONS

ACFO	Association canadienne-française de l'Ontario
CCFSMC	Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities
FANE	Fédération des acadiens de la Nouvelle-Écosse
FCFA du Canada	Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
FFCB	Fédération des francophones de la Colombie-Britannique
IPOLC	Interdepartmental Partnership with the Official-Language Communities
PHCTF	Primary Health Care Transition Fund
RCCFC	Réseau des Cégeps et des Collèges Francophones du Canada

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Wednesday, October 23, 2002:

The Honourable Senator Morin moved, seconded by the Honourable Senator Lapointe:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the document entitled *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français*;

That the papers and evidence received and taken by the Committee in the First Session of the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than December 31, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

In amendment, the Honourable Senator Kinsella moved, seconded by the Honourable Senator Stratton, that the motion be amended by striking out the last paragraph.

After debate,

The question being put on the motion in amendment, it was adopted.

The question then being put on the main motion, as amended, it was adopted.

Paul Bélisle

Clerk of the Senate

SENATORS

The following Senators participated in the study on the document entitled : *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français* by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair of the Committee
The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Yves Morin, Acting Chair of the Committee for this study, 37th Parliament, 1st Session

and

The Honourable Senators:

Catherine Callbeck
Gerald J. Comeau
Joan Cook
Jane Cordy
Joyce Fairbairn
Jean-Robert Gauthier
Wilbert Keon
Viola Léger
Rose-Marie Losier Cool
Lucie Pépin
Douglas Roche

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Sharon Carstairs, P.C. (or Fernand Robichaud, P.C.) and John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

1. INTRODUCTION

The future of health care is a major concern for Canadians. In a survey carried out in June 2002 for the Commission on the Future of Health Care in Canada, also known as the Romanow Commission, 50% of the respondents identified health as the issue that should be the main focus for Canadian leaders,[1] ahead of the economy, unemployment and education. Day in and day out, Canadians see the provincial governments and the Government of Canada engaged in deep discussion over their respective roles and responsibilities.

Francophone minorities endeavoured very early on to take part in the debate over the future of Canada's health care system. The organization that represents them, the *Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada* (FCFA du Canada), defended the interests of Francophone and Acadian communities under the Social Union Framework Agreement that was signed by the provincial, territorial and federal governments in February 1999.[2] And then there was the decision by Ontario's Health Services Restructuring Commission to close the Montfort Hospital in February 1997, which not only galvanized the Franco-Ontario community as never before, but also shone a spotlight on the issue of French-language health care for Francophone minorities in Canada. However, Francophone and Acadian communities have long been concerned about other aspects of health care. In 1998, Professor Donald Savoie's report *Official-Language Minority Communities: Promoting a Government Objective*[3] gave an account of Health Canada's weak commitment to linguistic minorities.

The aging of the minority Francophone population suggests that the need for health care services is going to increase. Analysis of the age pyramid in Francophone and Acadian communities shows that 25% of Francophones are under the age of 24, compared with 37.6% of Anglophones in Canada outside Quebec. Inversely, the proportion of older age groups (55 and up) is higher among Francophones than among Anglophones: 24.5%, compared with 17.8%.[4] This begs the question of how Canada's health care system will meet their needs.

The Committee noted the commitment of the FCFA du Canada and its members and the quality of their work in painting an accurate picture of the status of French-language health care. Clearly, the issue has been handled with all of the determination and enthusiasm that have defined Canada's Francophone and Acadian communities for decades.

The FCFA du Canada and its members have taken a number of steps to make political leaders aware of this issue, which is crucial to the growth and development of Francophone communities. First, at the request of the FCFA du Canada, Health Canada created the

---

(1) Commission on the Future of Health Care in Canada, *Canadians' Thoughts on Their Health Care System: Preserving the Canadian Model Through Innovation*, (survey conducted by Matthew Mendelsohn), June 2002.

(2) Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, 1998-1999 annual report, p.19.

(3) Donald J. Savoie, *Official-Language Minority Communities: Promoting a Government Objective*, Ottawa, November 1998.

(4) FCFA du Canada, Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français : Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, June 2001, p. 10.

Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities (CCFSMC) to study the issue of French-language health care services. The FCFA du Canada conducted a comprehensive study of the current status of French-language health care for the CCFSMC that took more than three months.

Based on the research, the briefs it received and the testimony it heard in the course of its proceedings, the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology finds that the issue is well documented and that all of the necessary consensuses have been reached. It is now time to act.

It must be remembered that the Committee decided to study this issue as a result of a motion by Senator Jean-Robert Gauthier on November 22, 2001, that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology "be authorized to examine and report on the document entitled *Santé en français - Pour un meilleur accès à des services de santé en français.*"[5] The Committee would like to say at the outset that it did not cover the issue in its entirety and to point out that other issues could have been examined in greater depth, in particular the whole issue of health-related language rights and the addition of a principle to the *Canada Health Act*. The Committee opted instead to focus on the mandate it was given on November 22, 2001.

In the first part, we summarize the main reports on French-language health care. In the second part, we present summaries of the testimony given during our hearings. And in the third part, we make a series of recommendations aimed at improving access to French-language health care services in Canada's Francophone and Acadian communities.

2. REPORTS: *POUR UN MEILLEUR ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS* (JUNE 2001) AND CCFSMC REPORT TO THE FEDERAL HEALTH MINISTER (SEPTEMBER 2001)

Following a meeting with the FCFA du Canada in 1999, federal health minister Allan Rock decided to create the Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities (CCFSMC). The committee, which is still active, was given a mandate to advise the minister on measures his department should take to enhance the vitality of minority Francophone communities in accordance with section 41 of the *Official Languages Act*.[6]

The CCFSMC has two co-chairs, one representing the communities, the other the federal government. Other members represent the various Francophone communities, Health Canada, the Department of Canadian Heritage and the provincial governments.

---

(5) Senate Debates (Hansard), 1st Session, 37th Parliament, Volume 139, Number 72.

(6) Section 41 of Part VII of the *Official Languages Act* states, "The Government of Canada is committed to (*a*) enhancing the vitality of the English and French linguistic minority communities in Canada and supporting and assisting their development; and (*b*) fostering the full recognition and use of both English and French in Canadian society."

When it first met in June 2000, the CCFSMC decided that it was essential that it focus on improving access in French to primary health care, that is, the health promotion, disease prevention, health care and rehabilitation services must often used by Francophones.

The CCFSMC also agreed on the need to take stock of the current health care situation in Francophone communities. During the summer of 2000, Health Canada gave the FCFA du Canada a mandate to coordinate a comprehensive study of French-language health care services in Canada and identify solutions for improving access. The report on that study, entitled *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, was released in June 2001.

The study showed that there was no reliable information on the overall health status of Francophones in minority communities. Still, the researchers identified some socio-economic conditions specific to that population that were likely to have an adverse effect on the health of Francophones. We know, for example, that Francophones in minority communities are relatively older, less educated and less active in the labour market than Anglophones.(7) There are, however, significant differences between the various Francophone communities in Canada. The finding by the FCFA du Canada that minority Francophones are in poorer health was based on that socio-demographic profile.

The FCFA du Canada study gave the CCFSMC a better understanding of the experience of Francophones in minority communities. Among the findings:

- in 71 communities studied, health care services were three to seven times more accessible in English than in French;
- between 50% and 55% of Francophones in minority communities have little or no access to French-language health care services; the situation is worse outside the Ottawa and Moncton regions, which are relatively well off in that regard;
- the lack of health care services in French is detrimental to people's health.

The study also called for the implementation of **five levers of intervention** (Figure 1) to improve the accessibility of French-language health care services. These levers of intervention will lead to success if conditions are met. First, regional differences must be recognized and taken into consideration, because not all solutions are appropriate to all regions. Second, it is important to work on supply and demand at the same time. Third, all stakeholders have to work together. Fourth, Francophone communities have to be involved in management.

The CCFSMC accepted all of the main findings of the FCFA du Canada study and recommended to the Minister of Health in September 2001 that five levers of intervention be implemented over a period of five years:

(7) FCFA du Canada. *Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français* : Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, June 2001, p. viii.

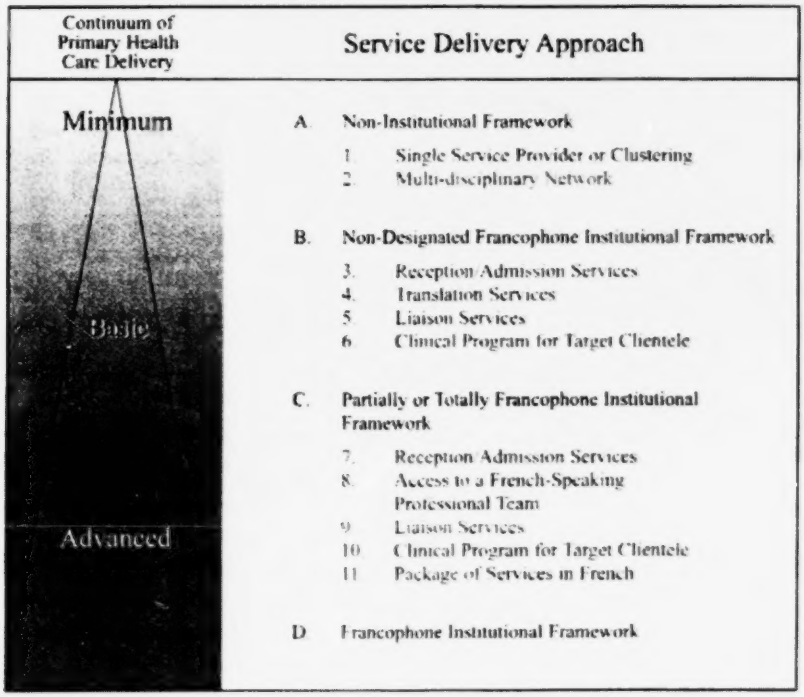
Figure 1: Five Levers of intervention

1. The CCFSMC believes that the creation of tangible and lasting ties is an essential first step in getting communities and other stakeholders involved. Recognizing that the large geographical distances between communities and the isolation of Francophone professionals within the associations of which they are members do not foster cooperation, more effective use of human resources or better circulation of French-language information on health, the CCFSMC has recommended **the implementation of community networking** between representatives of the Francophone community, Francophone health professions, officials of educational institutions, professional associations and political representatives. Networks will be especially important as they will set priorities geared to each community and ensure that the model that is put in place is compatible with the particular provincial or territorial health care system.

2. The CCFSMC finds that there is a serious shortage of professionals capable of serving Francophone communities. The CCFSMC is not surprised by the situation, as most minority Francophones who pursue a university education in health care do not return to their community to practise. To fill that gap, it is important to strengthen practical training for students studying in French as close to their homes as possible. The Committee firmly believes that partnership between the various communities within a network will help anchor students and encourage them to return to their home communities. If that is to be achieved, the various communities must join forces or become partners within a broad network. The Committee therefore recommends the creation of a **Canada-wide consortium for French-language health care training**. This national network of post-secondary institutions, community partners and community health care facilities would be given a mandate to act on strategies related to the recruitment and training of future health care professionals.

3. **Intake facilities** for the delivery of health care services in French should be developed. The solutions adopted to improve access to health care services in French will depend on the specific circumstances in each community. The CCFSMC has identified six models for delivering primary care (Figure 2) and 11 models for delivering specialized care which range from "solo" delivery through delivery by multidisciplinary groups to delivery by call centres.

Figure 2: Progression of Primary Care Delivery Models based on Community Needs and Capacities


Continuum of Primary Health Care Delivery
Service Delivery Approach
Minimum
Basic
Advanced
A. Non-Institutional Framework
1. Single Service Provider or Clustering
2. Multi-disciplinary Network
B. Non-Designated Francophone Institutional Framework
3. Reception/Admission Services
4. Translation Services
5. Liaison Services
6. Clinical Program for Target Clientele
C. Partially or Totally Francophone Institutional Framework
7. Reception/Admission Services
8. Access to a French-Speaking Professional Team
9. Liaison Services
10. Clinical Program for Target Clientele
11. Package of Services in French
D. Francophone Institutional Framework

Source: Consultative Committee of French-speaking Minority Communities, Report to the Federal Minister of Health, September 2001, p. 30.

4. Increased use of new **technologies** will help strengthen the patient-professional relationship and put an end to the geographic isolation of some communities. Development of the health information highway will make it possible to communicate with service points all over the country quickly and effectively using sound, images and data transmission. This infrastructure will also provide medical staff in isolated regions with professional development opportunities by enabling them to participate electronically in training activities.

5. Better access to **information** to get a better understanding of current needs in order to help stakeholders establish priorities for initiatives related to French-language services. Despite the quality of the FCFA du Canada study, the authors found there was no reliable information applicable to all minority Francophone and Acadian communities. Better knowledge of the status of population health would help in setting more specific targets for future programs and infrastructures and health promotion and disease prevention programs.

In its report, the CCFSMC acknowledges that implementation of the five levers of intervention will require more spending by the federal government. However, the CCFSMC points out that some of the new money will cover Francophone communities only, while other money will be used to increase access to certain services for all users in a given region. The CCFSMC also believes that some costs can be accurately quantified, while others "[TRANSLATION] will reflect the different take-up rates and the varied pace of service development in communities."[8] Figure 3 is a summary of the amounts requested.

Figure 3: Amounts Requested in the CCFSMC Report[9]

INITIATIVE	PROJECTED COST
Community networks	$5 million a year for five years
Training and recruitment of Francophone and/or bilingual staff	$15 million a year for five years
Phasing in of health information structure	$20 million
Creation of intake facilities	$25 million a year for five years
TOTAL	$245 million over five years

The CCFSMC mentions that using some existing Health Canada and Canadian Heritage programs could help with the first steps in implementing some of its recommendations. However, full implementation of the proposed levers of intervention will require the injection of new funds.

Figure 4: Two Strategic Programs

HEALTH TRANSITION FUND

A transition fund that helps the provinces and territories fund projects designed to improve primary health care. The HTF has two components: 70% of the funds are allocated to the provinces and territories based on their population (per capita component) to help them broaden the scope and accelerate the implementation of primary care projects; 30% of the funds support common approaches that focus on primary health care reform in all provinces and territories (national component) and are used to improved primary care for populations identified as priorities, in particular Aboriginal peoples and official minorities in Canada. The HTF has made $15 million available to Canada's linguistic minorities.

(8) Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities, Report to the Federal Minister of Health, September 2001, 49 pages.

(9) *Ibid.*, p.34.

INTERDEPARTMENTAL PARTNERSHIP WITH THE OFFICIAL-LANGUAGE COMMUNITIES (IPOLC)

A Department of Canadian Heritage initiative under which $5.5 million will be spent annually over five years to supplement other federal contributions aimed at encouraging the development of official-language minority communities (Francophones nationwide, Anglophone in Quebec). In 2001-2002, the IPOLC contribution will enable Health Canada to spend more than $1,775,000 on projects developed in conjunction with associations representing the official-language communities.

2.1 "Santé en français" national forum (November 2001)[10]

The national forum entitled "Santé en français" that took place in Moncton, New Brunswick, from November 2 to 4, 2001, was an opportunity to debate the content of the CCFSMC report and test the validity of its recommendations. 250 people from all regions of the country and many different sectors, including health, government, associations and education, took part in the forum. Workshops were held to validate the policy directions and recommendations to the federal health minister set out in the CCFSMC report. The participants reached a consensus on the five levers of intervention described in Figure 1: networking among Francophone professionals, staff training, creation of intake facilities, technology and information needs. Finally, the forum confirmed that implementing French-language health care services for minority Francophone communities will require:

- a variable strategy that recognizes each community's stage of development;
- an initiative to address both supply and demand, that is, to help health service providers be proactive and make Francophones aware of the availability of French-language services;
- a concerted effort by the three main groups of stakeholders (communities, institutions and political authorities).

It was agreed that Francophone communities are looking for an innovative approach to the development of French-language health services that can be used as a model in other communities in Canada and elsewhere. The participants called on the federal government to support the provinces and territories in developing and implementing French-language health care services.

(10) This section is a summary of the document entitled *Principaux consensus du Forum national Santé en français : Moncton, Nouveau-Brunswick – les 3 et 4 novembre 2001.* (http://forumsante.ca/index.cfm?Repertoire_No=-661868150&Voir=publi_liste)

3. PROCEEDINGS OF THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY: SUMMARY OF TESTIMONY

This section summarizes and highlights the testimony given before the Senate committee. Initially, senior officials from Health Canada appeared before the committee to report on the status of health care for minority Francophones. More recently, the committee held two days of intensive hearings on four specific themes: promotion of the Francophone fact, health care delivery, professional training, and action on the report. We were impressed by the quality of the briefs and presentations we received and also by the determination of minority Francophones to move forward on this issue. Witnesses from all over Canada (Nova Scotia, New Brunswick, Prince Edward Island, Ontario, Manitoba, Alberta, British Columbia) representing a variety of sectors (Francophone associations, academic institutions, health, senior hospital management, public administration) generously agreed to travel here to assist us in our work. We thank each and every one of them.

3.1 Meeting 1: Health Canada

On April 25, 2002, the Committee heard testimony from the Assistant Deputy Minister of the Information Analysis and Connectivity Branch of Health Canada, Marcel Nouvet, who is also co-chair of the CCFSMC. He said that while his department welcomed the CCFSMC report, the federal agency had not yet issued an official response.

> *"The committee report has not yet been given an official response. I will explain why. The department's response to these recommendations must take into account certain constraints and considerations, among them, the fields of jurisdiction, the sharing of jurisdiction between the federal, provincial and territorial governments, since access relates mainly to provincial and territorial jurisdiction. These governments are responsible for primary care."*
>
> Marcel Nouvet, Health Canada, April 25, 2002, 51:9

The witnesses from Health Canada said that is important for the actions taken in this area to mesh with the official languages renewal initiative currently being undertaken by the Honourable Stéphane Dion.

3.2 Meeting 2: Promotion of the Francophone fact

The second session was an opportunity for associations responsible for promoting Francophone minorities to report on existing weaknesses and talk about the future of health care in minority communities. Steps must be taken to ensure that the achievements of Francophone communities and the CCFSMC to this point were not in vain:

> *"It was an excellent report which must not be shelved. The report could be an excellent plan of action. It was supported by the ``Santé en français" forum, which brought together over 250 participants to Moncton in November 2001. But now it is time for action."*
>
> Jean-Guy Rioux, FCFA du Canada, September 10, 2002, 66:19

Three main points were made during the presentations by the FCFA du Canada and three of its members (the *Fédération des Acadiens de la Nouvelle-Écosse*, the *Association canadienne-française de l'Ontario* and the *Fédération des francophones de la Colombie-Britannique*). First, the four witnesses endorsed the CCFSMC report and the five proposed levers of intervention. Implementation of those levers of intervention will help improve access to French-language health services.

> *"In September 2001, the Consultative Committee for French-speaking Minority Communities submitted its report to the Health Minister. It described quite specifically the five mechanisms that must be established and used to ensure the development of health care services in French for minority communities. The FANE endorses the action plan recommended for the five areas with a view to facilitating community initiatives and improving the accessibility of health care services in French."*
>
> Paul d'Entremont, FANE, 66:12.

The witnesses also underscored the need for the federal government to consider the possibility of creating an intergovernmental cooperation program in the area of health similar to the program that currently exists in education.(11) Finally, the associations that appeared before the Committee called for a principle to be added to the *Canada Health Act*, namely linguistic duality, which would create a legislative obligation for the federal, provincial and territorial governments to provide health care services in French to Canada's linguistic minorities. It is important to note that the suggestion that a principle be added to the Act does not appear in the FCFA du Canada report that was referred to our committee for study and that we therefore cannot discuss it in our recommendations. However, we believe that this issue warrants comprehensive study to assess all the legal and practical implications.

3.3 Meeting 3: Delivery of health care

Élise Arsenault of Prince Edward Island and Suzanne Nicolas of Manitoba, both directors of a community health centre, told the Committee about the opportunities and challenges involved in delivering health care services in French in a linguistic minority setting.

> *"Before the Centre de santé was established in the region, francophones did not know how to access services. [...] The opening of the Centre de santé contributed to a new energy. Closer relations developed between the community and the formal system. Now service delivery is based on needs, and access to first-line care has vastly improved. In the past, people often went without services because there were none in their language."*
>
> Élise Arsenault, Director, Centre communautaire Évangéline, 66:38

(11) Under the Official Languages in Education Program, the federal government signs bilateral agreements with each provincial and territorial government (Department of Education) and provides financial support to cover some of the additional costs incurred in providing education in the primary language. The OLE program, which was established in 1970, was one of the main recommendations of the Laurendeau-Dunton Commission.

Dr. Denis Vincent, an Alberta physician and member of the CCFSMC, explained why it is important for his Franco-Albertan patients to receive services in French. In his view, access to French-language health care as important to the development of Francophone communities as recognition of the right to be educated in French. Dr. John Joanisse, Vice-President of Academic Affairs at the Montfort Hospital, recounted the threat of closure that hung over the only French-language hospital in Ontario and the legal battle that followed. According to Dr. Joanisse, the protection of linguistic minorities and the right of Francophones to receive health care services in their own language was key to the Ontario Court of Appeal's December 7, 2001, ruling.

> *"Now more than ever, francophones need this constitutional protection, and government authorities now more than ever have a duty and responsibility to respect it and ensure it is respected. In closing, I would once again like to encourage this committee to acknowledge what patients have demanded and what the Court of Appeal has granted the francophone public: the right to receive care in their language, now and in the future."*
>
> John Joanisse, Vice-President, Academic Affairs, Montfort Hospital, 66:43

3.4 Meeting 4: Professional training

Four witnesses appeared before the Committee to discuss professional training. Pierrette Guimond, Assistant Professor, Faculty of Health Sciences, University of Ottawa, gave a presentation highlighting the wide range of issues with professional training in the nursing sciences. A change of orientation in this field is essential. It is necessary to underscore the importance of teaching nursing theory and practical training, relying on the practical knowledge of experienced nurses, and this may entail upgrading their teaching abilities.

The President of the *Cité collégiale* in Ottawa, Andrée Lortie, focussed her presentation on college-level training in the health sciences offered outside Quebec. She was accompanied by Pierre Bergeron, Director General of the *Réseau des collèges et des cégeps francophones du Canada* (RCCFC). French-language colleges outside Quebec (Figure 5) are responsible for training hundreds of students each year in the primary, secondary and tertiary health sectors. These colleges are committed to meeting the health care needs in their communities.

> *"Since 1990, we at the Cité collégiale have trained more than 2,700 students in the health fields. I'm talking about the Cité collégiale, but I could also talk about the Collège Boréal in northern Ontario, about Campbellton, New Brunswick, or the Collège de l'Acadie in Nova Scotia."*
>
> Andrée Lortie, President, Cité Collégiale, 66:63.

Collaboration is key to their success and, despite the thousands of kilometres between them, they share their expertise and their teaching materials. While significant progress has been made over the past ten years in training at the college level, much remains to be done. First, the lack of information about certain programs, the fact that they are not even available in some areas and the shortage of professional trainers are still major problems in some areas. Finally, Ms. Lortie pointed out how important it was for the RCCFC to be involved in the efforts of the national health training consortium.

Figure 5: College-level training outside Quebec

A number of French-languages colleges outside Quebec are members of the Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada (RCCFC), and provide college-level health training. The RCCFC was created in 1995 and its role is to establish a partnership among the French-language college-level teaching establishments in Canada's ten provinces. It is a network that focuses on mutual assistance, promotion and exchanges oriented toward the development of college-level French-language education in Canada that promotes the use of communication and information technologies. There are currently several French-language colleges outside Quebec offering numerous programs in primary, secondary and tertiary health care:

• Cité collégiale (Ottawa)	15 programs
• Collège Boréal (Sudbury)	12 programs
• Collège communautaire de Campbellton (N.B.)	6 programs
• Collège de l'Acadie (Nova Scotia)	2 programs

Dr Aurel Schofield appeared before the Committee to outline the details of the agreement between several universities in Quebec and the Francophone community in New Brunswick. The Quebec - New Brunswick agreement sets aside a number of places for French-speaking students from New Brunswick in training programs in medicine and other health disciplines. Twenty years after this agreement came into effect, significant progress has clearly been made. Twenty years ago, only 18 per cent of physicians in New Brunswick exercised their profession in French; this figure is now 30 per cent. The ratio of physicians to the general population was one physician for every 1,742 Francophones. Twenty years later, the ratio is one physician for every 791 Francophones. The Quebec-New Brunswick agreement could well be implemented in other provinces, according to Dr Schofield.

"I mentioned the partnership between Acadia and Sherbrooke as a model, but it could be adapted to all the provinces. (...) In New Brunswick, it took us 20 years to get established and to prove ourselves, when practically everyone was saying that what we were trying to do could not be done. We want to be a model that could be applied elsewhere, throughout Canada, and in other fields as well as medicine."

Dr Aurel Schofield, Assistant Vice-Dean, Faculty of Medical Sciences, and Coordinator of Francophone health training in New Brunswick, 66:91

Figure 6: Some training agreements

The Québec – New Brunswick agreement

Since the early 1980s, the Agreement between Quebec and New Brunswick has reserved a total of 56 places in training programs in medicine and in other health disciplines for French-speaking students from New Brunswick. This agreement was developed in conjunction with various universities in Quebec, that is, the University of Montreal, the University of Sherbrooke and Laval University. Places are available in eight disciplines:

Audiology:	1 place
Occupational therapy:	5 places
Medicine:	27 places
Dentistry:	5 places
Optometry:	2 places
Speech therapy:	1 place
Pharmacy:	6 places
Physiotherapy:	9 places

A Centre national de formation en santé in Ottawa…

The Centre national de formation en santé (CNFS) was established in 1999 in order to facilitate access to education in the health sciences and medicine to students from minority French-language communities. The University of Ottawa took on responsibility for the centre's management and coordination. The CNFS supported the development of partnerships in clinical training, particularly with the Montfort Hospital in Ottawa and in the students' home areas. Over the past four years, the CNFS has enabled some 150 Francophones from outside Quebec to receive training in the health sciences and medicine; its initial objective was 90 students.

which has spread to other provinces!

The CNFS has made it possible to establish partnerships with other post-secondary institutions in minority French-language communities, in particular with the Collège universitaire de Saint-Boniface (CUSB). The new program took in about 20 students in its first year (2001-2002). Funded by the Government of Manitoba, this project was carried out in close cooperation with the CUSB, the University of Ottawa School of Nursing and the CNFS, as well as French-language health clinics in Manitoba.

The Rector and Chairman of the National Health Training Consortium of Moncton University, Yvon Fontaine, drew a parallel between access to health care in French and progress in French-language education. At one point, it seemed unrealistic to set up a French-language school

infrastructure outside Quebec. Today, there are French-language schools in all Canadian provinces. Yvon Fontaine feels it is now possible to imagine that one day there may be a school of medicine in New Brunswick:

> *"If there is enough political will, there would be no reason not to have a faculty of medicine to train Francophones outside of Quebec. Once we have this political will, we will be able to do that and we will find the resources we need. They exist, they have simply not yet been assembled and organized. It is a question of means, not capacity. We have to look at the medium term. If Newfoundland has a faculty of medicine at Memorial University, I think the Francophone communities of Canada could have a French-language faculty of medicine."*
>
> Yvon Fontaine, National Health Training Consortium, 66:91

In his presentation, Mr. Fontaine outlined the training and research program of the National Health Training Consortium, which took over from the *Centre national de formation en santé* (CNFS), established in 1999 with the support of the Department of Canadian Heritage. The Consortium's proposal brings together ten post-secondary institutions in Canada's minority French-language communities that play a role in training French-speaking health professionals in existing or planned programs. The National Health Training Consortium has an even broader vision than that of the *Centre national de formation en santé*, and will make it possible for even more French-speaking professionals to be trained (physicians, nurses, physiotherapists, occupational therapists, speech therapists, dieticians, social workers, psychologists, and so on). The Consortium is asking the federal government for a contribution of $100 million over a five-year period to implement this project.

3.5 Meeting 5: Follow-up to the report

At its final meeting, the Committee had an opportunity to hear from three witnesses. The former Chief Executive Officer of the Ottawa General Hospital, Jacques Labelle, expressed a different point of view about health care in French and particularly on the CCFSMC report. Mr Labelle disputed some elements of the report which did not pay sufficient attention to the linguistic assimilation of French-language communities. He thought the recommendations were unnecessarily bureaucratic and did not solve the real problem, which was, he felt, the shortage of French-speaking professionals in all the provinces of Canada.

The Committee then heard evidence from Edmond Labossière, Coordinator of Intergovernmental Francophone Affairs, who mentioned that the existing agreements on official languages promotion could be used as a shared-cost financing mechanism to ensure the delivery of health care services in French.

> *"At the present time, there are no specific federal-provincial agreements on health care. There are agreements on official languages promotion that are used to a very limited extent in the health care field. (...) There are some cooperative intergovernmental initiatives. We need to look at how resources can be used to ensure health care services can be provided in French."*
>
> Edmond Labossière, Coordinator of Intergovernmental Francophone Affairs, 66:104.

The Co-Chair of the community party of the CCFSMC and President of the Saint-Boniface Hospital in Manitoba, Hubert Gauthier, was the final witness to be heard by the Committee. According to Mr Gauthier, the issue of health care in French has reached a crucial juncture. The development of the action plan by Stéphane Dion, the work of the Commission on the Future of Health Care in Canada and the report by this Senate Committee may well give the issue the momentum it needs in order to have concrete results. Like other witnesses before him, Mr Gauthier reiterated the necessity for provincial governments to be involved in the actions taken by minority French-language communities. The role of the federal government will have to be to provide support and leadership.

> *"I want to emphasize that our approach is based on cooperation with the provinces and territories. Indeed, the provinces and territories have primary responsibility for providing health care services. In addition to community and federal government representatives, our committee also includes representation from three provinces — New Brunswick, Manitoba and Alberta. (...) We have received requests from no other provinces or territories to date. Our work convinced us that with the support of the federal government, it would be possible to get a significant number of provinces and territories involved in the action plan that we have now developed."*
>
> Hubert Gauthier, Co-Chair, CCFSMC, 66:106

At their initial meeting, the CCFSMC chose to focus on front-line health care services, as they believed this was the best strategy for improving access to services by minority Francophone communities. Of the five intervention levers that they recommended to the federal Minister of Health, Mr. Gauthier said that three required immediate action:

- The development of **networks** should make it possible to consult and spur the community to action, and to plan and develop health care services in French;
- The roll-out of **training** activities to ensure the availability of health care professionals who can speak French;
- The establishment of a **service organization and infrastructure model** for delivering front-line services in French.

The next section focuses on the three levers of intervention emphasized by Hubert Gauthier. The Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has adopted these three intervention levers and we believe that they can realistically be implemented in the short term. We will explain why in the next section.

4. OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS

The minority French-language communities have done an enormous amount of work in presenting political decision-makers with such a substantial file on the status of health care in French. Consensus has been reached on all the necessary items, in terms of both the environment as well as the measures to be taken to remedy the current situation. In the Senate Committee's view, the reference to health care for Canada's minority language communities in the Speech

from the Throne on September 30, 2002 points to action soon by the federal government on this issue:

> "The government will implement an action plan on official languages that will focus on minority-language and second-language education, including the goal of doubling within ten years the number of high school graduates with a working knowledge of both English and French. It will support the development of minority English- and French-speaking communities, and expand access to services in their language in areas such as health."(12)

It is now time for the federal government to take note of the work accomplished and to follow up on the report prepared by the FCFA du Canada and the CCFSMC:

Recommendation 1

The Committee recommends that the federal government receive the report entitled "*Improving access to French-language health services*", that the report serve as a basis for the government's action plan for linguistic minorities and that it endorse the principles underlying the report, namely: 1) recognition of regional differences; 2) the importance of involving the official language minority communities; 3) the need for a concerted effort and; 4) the need to take action on the supply of as well as the demand for health services.

In an ideal world, with unlimited financial resources, the implementation of the five recommendations would be the ultimate objective. However, the Committee favours above all a realistic approach that will make it possible to improve access to health care in French in the near future. Plans that are too ambitious and that would not lead to concrete action must be excluded. After hearing the evidence, three premises oriented our line of reasoning:

- Improving access to health care in French while respecting provincial areas of jurisdiction.
- Giving preference to a flexible approach to meet the needs of the various French-speaking communities, taking recent successes as a starting point and repeating them if possible.
- Capitalizing on existing programs and initiatives.

In light of the evidence we heard, we decided to give priority to three levers of intervention: networking, training and front-line health care service. In each case, there are initiatives that have already been implemented and tested in the field and which are covered in our three basic premises. For example, in terms of networking, the *Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario* has been fully operational since 1997 and shows it is possible to ensure that all partners work together to improve health care services in French. As regards training, the *Centre national de formation en santé* at the University of Ottawa has enabled about 100 students to study health sciences and medicine in French since 1999. As for front-line care, there are

(12) Speech from the Throne, September 30, 2002 (http://www.ddt-sft.gc.ca/vnav/07_e.htm)

precedents in several provinces (Manitoba, Yukon, and so forth) where the two levels of government have signed agreements on co-funding front-line care to French-speaking patients. In the three areas, the federal government has been involved financially while at the same time respecting provincial areas of jurisdiction. These three models have shown their worth and can be repeated or further developed. Finally, for all three cases, the federal government's intervention was provided under existing federal programs. Clearly, then, a whole range of options are available to us.

We would like to point out here that the decision to give priority to three out of the five levers of intervention is not meant to be a rejection of telemedicine or research as potential intervention levers. We urge readers to go back to our earlier reports where we discussed these matters at length.

In Volume 5 of our report on Canada's health care system, we discussed the need to invest in leading-edge technologies to provide services to rural and remote areas. We recommended that "the federal government maintain its support to rural health and invest in telehealth applications that will enhance access to care and improve the quality of health services in rural and remote communities"(13).

With regard to research, once again in a recent report we stressed the urgency of providing support to multi-disciplinary research initiatives with particular groups. For instance, we recommended that "the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, provide additional funding to health research aimed at the health of particularly vulnerable segments of Canadian society"(14). The appointment in December 2001 of Hubert Gauthier as a member of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) Governing Council is a step in the right direction for research into the needs of French-speaking communities to be given a high priority.

The legal bases for health care services in French

During our hearings, a number of witnesses put forward the hypothesis that there were both individual and collective rights to health care in French. Some based their views on the decision handed down by the Court of Appeal for Ontario on December 7, 2001 which used the *French Language Services Act* to rule in favour of the Montfort Hospital's full continuity. Similarly, Francophone associations proposed amending the *Canada Health Act* by adding a principle relating specifically to Canada's linguistic duality. Although these two claims were not mentioned in the report that we studied, we believe that both issues require further consideration of their constitutional and practical aspects in order to assess their potential impact.

---

(13) Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. The Health of Canadians – the federal role. Volume Five: Principles and Recommendations for Reform - Part I, April 2002, p.91.

(14) Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, The Health of Canadians – the federal role. Volume Six: Principles and Recommendations for Reform, October 2002, p.232.

Recommendation 2

The Committee recommends that the legal bases of health care in French be the subject of a separate study, and that a similar study also be carried out to examine the legal and administrative issues involved in adding a principle to the *Canada Health Act* to encompass our linguistic duality.

4.1 Networking

In its report to the federal Minister of Health, the CCFSMC identified networking as the cornerstone of the proposed strategy for improving access to health care services in French. We noted that there is a broad consensus on this intervention lever, including among senior government officials:

> "*We support the development of this networking idea by providing funding currently for the preparation of a more concrete action plan so as to specify what measures must be taken in following up related recommendations made to the committee.*"
>
> Marcel Nouvet, Health Canada, 51:10.

During the most recent annual general meeting of the FCFA du Canada, held in Whitehorse in June 2002, the President of the Privy Council and Minister of Intergovernmental Affairs, the Honourable Stéphane Dion, made a tangible gesture in announcing the investment of $1.9 million for "maintaining or creating a number of networks, conducting feasibility studies and creating a national cooperation network able to support these various initiatives" in 2002-2003[(15)]. The federal government's support for the networking strategy of is all the more feasible and desirable in that it does not interfere with any provincial areas of jurisdiction. Nevertheless, it is far from certain that the funds invested to date will be sufficient to ensure the full deployment of the strategy in all provinces and territories over a long enough period of time:

> *"The Honourable Stéphane Dion recently announced, on behalf of the Minister of Health, Mrs. McLellan, initial transitional funding of $1.9 million. Mr. Chairman, as I have already said, $1.9 million is not the be-all-and-end-all solution to this issue; it is a small chunk of money to help us make the transition between now and implementation of the plan we're expecting from government in the next few months."*
>
> *Hubert Gauthier, Co-Chair, CCFSMC, 66:107*

We urge the federal government to allocate the necessary financial resources to Health Canada so that the department can fully support networking implementation and maximize its chances of success.

---

(15) Notes for a speech by the Honourable Stéphane Dion, President of the Privy Council and Minister of Intergovernmental Affairs, "Strengthening Linguistic Duality to Benefit all Canadians", Whitehorse, Yukon, June 22, 2002 (www.pco-bcp.gc.ca).

However, networks, with their dissimilar forms, should not be allowed to become bureaucratic and paralysing obstacles to reaching consensus, rather than facilitating it. The networks will be made up of representatives from various professional environments (university, medical, community) who may well have divergent opinions about the initiatives to put forward in a given region. This is why we are recommending the establishment of a national structure to oversee the work of the various networks across Canada and make it easier to share information when it would be worthwhile to do so.

Recommendation 3

The Committee recommends that the federal government fully support the networking strategy proposed by the CCFSMC and that Health Canada continue to support this initiative financially. Moreover, the Committee recommends the establishment of a national non–governmental organization to oversee the work of the provincial and territorial networks to facilitate the exchange of information and provide technical support.

4.2 Training

It is of the utmost importance that qualified staff be available throughout Canada to ensure the quality of health care services in French throughout Canada. If the pool of French-speaking resources is not large enough, it is unrealistic to think that there will be long-term health care services in French. The former Chief Executive Officer of the Ottawa General Hospital, Jacques Labelle, made a clear observation, which was corroborated by CCFSMC Co-Chair Hubert Gauthier:

> "If we want an action plan that provides for more services, it is clear that if there are no physicians or nurses — and I completely agree with Mr. Labelle on that point — we will not get very far."
>
> Hubert Gauthier, Co-Chair, CCFSMC, 66: 107.

At present, there are three sizeable challenges facing training in health care. First, the number of enrolments in the training programs is insufficient to meet the needs. The brief submitted by the National Health Training Consortium is clear on this issue:

> *"The need is enormous for training French-speaking health care professionals in order to provide services to minority French-speaking communities in their own language: ideally, it is necessary to triple, if not quadruple, the number of trainees."*
>
> Brief, National Health Training Consortium, p.10.

Secondly, the range of issues relating to the exodus of young people to large urban centres exacerbates the lack of human resources. Future health care professionals tend not to return to

their area of origin to practise their new profession. Thirdly, there is currently an imbalance in the availability of health training programs in French in certain areas of Canada. It is of the utmost importance that young Francophones from all over Canada be able to take medical training programs in their own language. The western provinces are at a particular disadvantage in this regard, and more progress can be made in the Atlantic Provinces:

> *"Of course, in the West, when one considers what's going on in the health field, be it in Manitoba, Alberta, Saskatchewan or British Columbia, college-level programs do not currently exist, although there are college-level activities. There's a great shortage in this area."*
> Andrée Lortie, President, Cité *Collégiale*, 66:64

The Senate Committee is of the view that the current imbalance in the availability of health training programs in French must be remedied as soon as possible, out of a concern for equity. Our Committee feels that the proposal for a National Health Training Consortium presented by one of its Co-Chairs, Mr. Yvon Fontaine, deserves support. Such a group will make it possible to broaden access to other teaching establishments in the health disciplines. The Consortium would promote health-related careers, ensure the adequate supply of programs and would ensure that there would be reception structures for students registered in college- or university-level health-sciences training programs. The *Université Sainte-Anne* and the *Collège de l'Acadie* in Nova Scotia, the *Collège universitaire de Saint-Boniface* in Manitoba, and the *Faculté Saint-Jean* in Alberta, are locations where it would be possible to broaden access to the health professions. We can only applaud the Consortium's innovative ideas. Academic institutions, that often compete with one another, are working together with the aim of increasing the number of health programs, for the benefit of all French-speaking and Acadian communities across Canada. We support the Consortium's proposal for training health professionals, and we would like to make two comments. First, it is absolutely necessary that the Consortium involve French-speaking community colleges outside Quebec and ensure they are adequately represented in the governance structure. Second, we would like to point out to the Consortium that it must give preference to training programs that meet the needs of French-language communities, and, consequently, programs involving a linguistic interaction with the client.

Recommendation 4

The Committee recommends that the federal government support the Consortium's proposal for training health care professionals who can express themselves in French. The Consortium must give preference to training programs where there is a linguistic interaction between the health care professional and the client.

However, training young Francophones in the health professions is not sufficient; they still have to return home to practise their profession in their home region. To overcome the drawbacks raised during the hearings, it is critical that training programs, through practical training courses, allow for frequent and extensive contact between the students and their areas of origin. Experiments such as the Quebec-New Brunswick Agreement or the National Health Training Centre in Ottawa are models to be followed in this regard.

To conclude this section, we would like to refer readers to our final report on Canada's health care system which deals with health human resources. In particular, we recommended that the federal government should invest $160 million now per year so that the medical schools can recruit 2,500 first-year students by 2005 [16]. Schools for nursing sciences and related professions should not be outdone – we proposed investing $130 million per year [17]. If the federal government moves ahead with the recommendations in our final report, it must ensure that any injection of new federal funds takes into account the particular needs of French-speaking and Acadian communities in the area of health human resources.

Recommendation 5

The Committee recommends that an equitable share of the $290 million be set aside specifically for the training of Francophone health professionals working in minority communities, as proposed in its Final Report on Canada's health care system, in order to increase the number of enrolments in the faculties of medicine, nursing sciences and related professions.

4.3 Front-line health care

Witnesses who gave evidence to the Senate Committee stressed the need to set up French-language health care centres. CCFSMC Co-Chair Hubert Gauthier emphasized the concept of "active offer of services", that is, to invite clients openly and unambiguously to use the language of their choice, in person-to-person communications, on the telephone, by letter and when using the Internet. Without this active offer, too many Francophones will still hesitate to express their needs in their own language:

> *"I would like to draw your attention to a central feature of the approach we have developed — the active offer of services. It simply is not enough to greet callers by saying, "Bonjour, this is the Ottawa General Hospital or the St. Boniface General Hospital. How may I direct your call?" for people to feel that they can request services in French and receive them. What we need to do now is create places or centres where Francophones, when they come through the door — whether physical or virtual — will feel that life unfolds in French and that they will not be bothering people if they ask for services in their language."* Hubert Gauthier, Co-Chair, CCFSMC, 66:109

The CCFSMC study showed that there are significant regional differences in the availability of health care service. Some minority Francophone communities simply do not have access to health care in their own language. The evidence given by the *Fédération des francophones de la Colombie-Britannique* was telling on this issue. There are urgent needs to be met in other

(16) Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, The Health of Canadians – the federal role. Volume Six: Recommendations for Reform - Part I, October 2002, p.207.

(17) Ibid., p.292.

western provinces (Alberta, Saskatchewan) and in the territories (Nunavut, Northwest Territories), and also in the Atlantic provinces, Nova Scotia in particular. As Mr Gauthier explained to the members of the Senate Committee, the delivery of front-line health care to minority French-speaking communities does not automatically mean the establishment of new hospitals in all Canadian provinces. In certain cases, services can be provided through a community health centre, as in Prince Edward Island, Ontario and Manitoba. There is nothing to prevent these centres from being established within existing community centres. In other cases, professionals working alone, on multi-disciplinary teams or on health information telephone lines will be able to provide this service. Again, networks are important in determining the level of need.

Recommendation 6

The Committee recommends that the federal government support the development strategy for front-line care groups and reception centres to improve access to health services for minority French-language communities, as described in the report entitled *Improving access to French-language health services*, and that Health Canada continue to provide financial support to this initiative.

4.4 What is the role of the federal government ?

The federal government is not directly responsible for the delivery of health care services in the provinces and territories; this is an area of provincial and territorial jurisdiction. The federal government takes part in health care indirectly by transferring funds to help these governments fulfill their health care responsibilities. However, we believe that the federal government has the duty to exert "moral suasion" over the provincial governments to urge them to consider the need to improve health care in minority Francophone communities. It has been able to do this in the past in the field of education.

> *"The development and implementation of strategies to move the issue forward and to provide health care services in French must be carried out in cooperation with provincial and territorial governments and their francophone communities. The support of the federal government is crucial and it has an important role to play. The federal government has the means to help the provinces and territories which are ready to take action."*
>
> Jean-Guy Rioux, FCFA du Canada, September 10, 2002, 66:20.

Several witnesses mentioned that some provincial governments have shown signs of being open to the possibility of becoming more involved in this issue. We are therefore asking the federal government to survey provincial governments during the next federal-provincial conference of health ministers to find out which ones are prepared to take action now on the issue of health care in French. The provinces that are ready to make a commitment could encourage the other, more hesitant provinces to do the same.

Recommendation 7

The Committee recommends that the issue of health care delivery to minority language communities be placed on the agenda for the next federal-provincial-territorial conference of health ministers.

4.5 The mechanisms for intergovernment co-operation

The Francophone associations that gave evidence to the Committee were unanimous in proposing the establishment of an inter-governmental co-operation program in the area of health, similar to the program that exists already in the field of education. The CCFSMC report to the federal Minister of Health also suggests negotiating federal-provincial-territorial agreements[18] to implement the strategy proposed in the report. The Senate Committee believes that the establishment of such a program would be the ideal long-term solution. However, we feel it is preferable at this point to look into other options that would make it possible to act more quickly on this issue.

Edmond Labossière, Coordinator/Facilitator, Intergovernmental Francophone Affairs, raised an interesting point when he provided his evidence. For more than fifteen years now, the federal government has signed federal-provincial agreements on minority language services on a multi-year basis with the provincial and territorial governments in order to help them set up services (or improve existing ones) in fields affecting official language minority communities: health, economy, justice, social services and recreation. The objective is to promote recognition of the two official languages and foster their use by the provincial governments. In the case of agreements on education, the costs are usually shared equally between the two levels of government. These agreements are in force in almost every province and territory and a number of them include initiatives in the area of health care services in French (see Figure 7). However, the financial envelope allocated annually to these actions is relatively small ($12 million) in comparison to those in the area of education ($194 million)[19], and this means that only a limited number of projects can receive funding.

This is why we feel the federal government should look into the possibility of granting additional funds to the budget earmarked for federal-provincial agreements for minority language services in order to provide funding for more projects and initiatives in the field of health. A specific intervention element entitled "health" could be introduced into these agreements. We recommend, however, that Health Canada, with its expertise in health matters, be closely involved in the various stages of the process, from the negotiation of the agreements to the analysis of activity reports, in light of its long-standing expertise in the field and its obligations under Part VII of *Official Languages Act*.

---

(18) Consultative Committee for French-speaking Minority Communities, Report to the federal Minister of Health, September 2001, p.35.

(19) Department of Canadian Heritage, Annual Report 2000-2001, Ottawa, 2001, p. 22.

Figure 7: Examples of health initiatives funded under federal-provincial agreements on minority language services

TITLE OF AGREEMENT	DURATION	ACTIVITY DESCRIPTION	Government investment	
			Canada	Province
Canada -Yukon Contribution Agreement on the Development, Enhancement and Implementation of French-language Rights and Services 1999-2004	2001-2002	- Provide services in French to Francophone patients in the Whitehorse Hospital and Health Centre.	$80,000	$73,000
Canada – Alberta Framework Agreement on the Promotion of Official Languages	2001-2004	- Six activities identified in the action plan to support the community in its efforts to improve access to health care in French in Alberta.	$148,000	$148,000
Canada – British Columbia Framework Agreement on the Promotion of Official Languages	2001-2004	-Identify opportunities and increase access to services in French in the priority sectors of health and social services in consultation with government departments and ministries, and the Francophone community.	$600,000	$300,000
Canada – Prince Edward Island Agreement on the Promotion of Official Languages	1999 2004	- Fill bilingual positions to ensure the delivery of services in French by targeted regional health agencies. - Increase the number of bilingual health professionals.	Amount not specified in action plan	Amount not specified in action plan
Canada - Manitoba Framework Agreement on the Promotion of Official Languages	2000 2004	- Support and promote the delivery of health and social services in French.	$1,000,000	$1,000,000
Canada – New Brunswick Framework Agreement on the Promotion of Official Languages	1999 2004	- Support the preparation of action plans by ministries and hospital boards for services in the two official languages.	$517,500 (unspecified portion of this amount)	$517,500 (unspecified portion of this amount)
Canada - Nunavut Framework Agreement on the Promotion of French and Inuktitut	2001-2002	- Deliver services to the public, including contributions to Health Boards, bilingualism bonus and information to the public, such as publications, notices and promotional material.	$354,000	-
Canada - Newfoundland Framework Agreement on the Promotion of Official Languages		- Language Training	Not specified	Not specified

Recommendation 8

The Committee recommends that the federal government enter into negotiations with the provincial and territorial governments on the possibility of setting up an official languages program in health to support them over the long term in delivering health care services to their minority official language community.

Recommendation 9

The Committee recommends that the federal government work closely with the provinces and territories while respecting their areas of jurisdiction, and that it examine the possibility of increasing the current envelope under federal-provincial-territorial agreements for minority language services in order to increase the amount earmarked for activities involving health and social services.

We recognize that this mode of financing is temporary and will not allow for reception centres such as community health centres to be built. The use of special agreements negotiated one by one between the two levels of governments, like the agreements for the construction of community school centres, for instance, is still a possibility for funding the most urgent infrastructure projects.

"The trickiest issue is how to develop orientation/service centres or facilities. That issue, more than any other, certainly falls within the jurisdiction of the federal government and the provinces."

Hubert Gauthier, Co-Chair, CCFSMC, 66:117.

CONCLUSION: AN URGENT SITUATION

Over the past 30 years, the Francophone and Acadian communities of Canada have made remarkable gains in a number of social areas, including justice and education. In all cases, the Francophone leaders have ardently and resolutely defended the right of French-language minorities in Canada to develop and to thrive in their own language.

They are now using that same energy and determination to improve access to health care in French. They have developed a realistic plan for action, which all those involved have endorsed. Along with access to education and justice in French, health care services in French constitute another basis for building a solid French-Canadian reality. It is now up to the federal government to play a leadership role in official languages in order to encourage other key partners, including provincial governments, to work together to ensure that all French-speaking Canadians living in minority official-language communities have access to satisfactory health care in their own language, as the majority of Canadians do.

A number of initiatives are currently under way, one of which is the plan by Stéphane Dion to give new impetus to official languages in Canada. This initiative could well make it possible to implement certain concrete actions to improve access to health care services in French.

LIST OF RECOMMENDATIONS

Recommendation 1

The Committee recommends that the federal government receive the report entitled "*Improving access to French-language health services*", that the report serve as a basis for the government's action plan for linguistic minorities and that it endorse the principles underlying the report, namely: 1) recognition of regional differences; 2) the importance of involving the official language minority communities; 3) the need for a concerted effort and; 4) the need to take action on the supply of as well as the demand for health services.

Recommendation 2

The Committee recommends that the legal bases of health care in French be the subject of a separate study, and that a similar study also be carried out to examine the legal and administrative issues involved in adding a principle to the *Canada Health Act* to encompass our linguistic duality.

Recommendation 3

The Committee recommends that the federal government fully support the networking strategy proposed by the CCFSMC and that Health Canada continue to support this initiative financially. Moreover, the Committee recommends the establishment of a national non–governmental organization to oversee the work of the provincial and territorial networks to facilitate the exchange of information and provide technical support.

Recommendation 4

The Committee recommends that the federal government support the Consortium's proposal for training health care professionals who can express themselves in French. The Consortium must give preference to training programs where there is a linguistic interaction between the health care professional and the client.

Recommendation 5

The Committee recommends that an equitable share of the $290 million be set aside specifically for the training of Francophone health professionals working in minority communities, as proposed in its Final Report on Canada's health care system, in order to increase the number of enrolments in the faculties of medicine, nursing sciences and related professions.

Recommendation 6

The Committee recommends that the federal government support the development strategy for front-line care groups and reception centres to improve access to health services for minority French-language communities, as described in the report entitled *Improving access to French-language health services*, and that Health Canada continue to provide financial support to this initiative.

Recommendation 7

The Committee recommends that the issue of health care delivery to minority language communities be placed on the agenda for the next federal-provincial-territorial conference of health ministers.

Recommendation 8

The Committee recommends that the federal government enter into negotiations with the provincial and territorial governments on the possibility of setting up an official languages program in health to support them over the long term in delivering health care services to their minority official language community.

Recommendation 9

The Committee recommends that the federal government work closely with the provinces and territories while respecting their areas of jurisdiction, and that it examine the possibility of increasing the current envelope under federal-provincial agreements for minority language services in order to increase the amount earmarked for activities involving health and social services.

LIST OF WITNESSES (37th Parliament, 1st Session)

Thursday, April 25, 2002

From Health Canada:

Mr. Marcel Nouvet, Assistant Deputy Minister, Information Analysis and Connectivity Branch;

Mr. Michel Léger, Executive Director, Strategic Alliances and Priorities Division, Information Analysis and Connectivity Branch.

Tuesday, September 10, 2002 (morning session)

From the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada:

Mr. Jean-Guy Rioux, Vice-President.

From the Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse:

Mr. Paul d'Entremont, Coordinator of Health Sector.

From the Fédération des francophones de la Colombie-Britanique:

Ms Yseult Friolet, Director General.

From the Association canadienne-française de l'Ontario:

Mr. Alcide Gour, Past President.

Tuesday, September 10, 2002 (afternoon session)

From the Centre communautaire Évangéline:

Ms Élise Arsenault, Director.

From the Montfort Hospital:

Dr. John Joanisse, Vice-President, Academic Affairs.

From the Centre de santé de Saint-Boniface:

Ms Suzanne Nicolas, Director General.

From the Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire:

Dr. Denis Vincent.

From La Cité collégiale:

Ms Andrée Lortie, President.

Ms Linda Assad-Butcher, Director, Health and Community Services.

From the Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada:

Mr. Pierre Bergeron, Director General.

Wednesday, September 11, 2002 (morning session)

From the University of Moncton:

Mr. Yvon Fontaine, Rector and President of the National Consortium on Health Training.

From the University of Ottawa:

Ms Pierrette Guimond, Assistant Professor, Faculty of Health Sciences, School of Nursing.

From the University of Sherbrooke:

Dr. Aurel Schofield, Assistant Vice-Dean, Faculty of Medical Sciences, and Coordinator of francophone health training in New Brunswick.

Wednesday, September 11, 2002 (afternoon session)

From the Saint-Boniface Hospital:

Mr. Hubert Gauthier, Director General.

From the Ottawa General Hospital:

Mr. Jacques Labelle, former President-Director-General.

From the Affaires francophones intergouvernementales:

Mr. Edmond LaBossière, Coordinator / Facilitator.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Rapport sur le document intitulé : *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français*

Président
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente
L'honorable Marjory LeBreton

DÉCEMBRE 2002

This document is available in English.

❖ ❖ ❖

Disponible sur l'Internet Parlementaire :
www.parl.gc.ca
(Travaux des comités – Sénat – Rapports récents)
37e législature – 2e session

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ii

ORDRE DE RENVOI iii

SÉNATEURS iv

1. INTRODUCTION 1

2. RAPPORTS : *POUR UN MEILLEUR ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS* (JUIN 2001) ET RAPPORT DU CCCFSM AU MINISTRE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ (SEPTEMBRE 2001) 2

2.1 Le Forum national « Santé en français » (novembre 2001) [0] 7

3. LES TRAVAUX DU COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE : SOMMAIRE DES TÉMOIGNAGES 8

3.1 Première séance : Santé Canada 8

3.2 Deuxième séance : Promotion du fait francophone 9

3.3 Troisième séance : Prestation des soins de santé 10

3.4 Quatrième séance : La formation professionnelle 11

3.5 Cinquième séance : Les suites à donner au rapport 14

4. OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS 16

4.1 Le réseautage 18

4.2 La formation 19

4.3 Les groupes de soins de première ligne 22

4.4 Quel est le rôle du gouvernement fédéral ? 23

4.5 Les mécanismes de coopération intergouvernementale 24

CONCLUSION : URGENCE DE LA SITUATION 26

LISTE DES RECOMMANDATIONS 28

LISTE DES TÉMOINS (37[e] législature, 1[iére] session) 30

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACFO	Association canadienne-française de l'Ontario
CCCFSM	Conseil consultatif des communautés francophones en situation minoritaire
FANE	Fédération des acadiens de la Nouvelle-Écosse
FCFA du Canada	Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
FASSP	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
FFCB	Fédération des francophones de la Colombie-Britannique
PICLO	Partenariat interministériel des communautés de langue officielle
RCCFC	Réseau des Cégeps et des Collèges Francophones du Canada

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 23 octobre 2002:

L'honorable sénateur Morin propose, appuyé par l'honorable sénateur Lapointe,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner et à faire rapport sur le document intitulé *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français;*

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus par le Comité dans la première session de la trente-septième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 31 décembre 2002; et

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

En amendement, l'honorable sénateur Kinsella propose, appuyé par l'honorable sénateur Stratton, que la motion soit modifiée par suppression du dernier paragraphe.

Après débat,

La motion d'amendement, mise aux voix, est adoptée.

La motion principale, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul Bélisle

SÉNATEURS

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur le document intitulé *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français* :

L'honorable Michael Kirby, président
L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente

L'honorable Yves Morin, président intérimaire pour cette étude, 37^{e} législature, 1^{ière} session

Et les honorables sénateurs:

Catherine Callbeck
Gerald J. Comeau
Joan Cook
Jane Cordy
Joyce Fairbairn
Jean-Robert Gauthier
Wilbert Keon
Viola Léger
Rose-Marie Losier Cool
Lucie Pépin
Douglas Roche

Membres d'office :
Sharon Carstairs (ou Fernand Rochichaud) et John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

1. INTRODUCTION

L'avenir des soins de santé préoccupe grandement les Canadiens et Canadiennes. Une enquête réalisée en juin 2002 pour le compte de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, aussi connue sous le nom de Commission Romanow, révélait que 50 p. cent des répondants considéraient la santé comme l'enjeu qui devait recevoir le plus d'attention de la part des dirigeants au Canada[1], avant l'économie, le chômage et l'éducation. Au quotidien, les Canadiens et Canadiennes sont à même de constater que cette question fait l'objet d'intenses discussions entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement du Canada quant au rôle et attributions de chacun.

Les francophones en situation minoritaire ont cherché très tôt à prendre part au débat sur l'avenir du système de santé canadien. Leur organisme porte-parole, la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA du Canada), a défendu les intérêts des communautés francophones et acadiennes dans le cadre de l'Entente sur l'union sociale intervenue entre les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral en février 1999[2]. Sans oublier la décision de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario de fermer l'hôpital Montfort en février 1997 qui, en plus de déclencher une vague de mobilisation sans précédent de la communauté franco-ontarienne, a eu pour effet de mettre en lumière la problématique des soins de santé en français pour les francophones vivant en situation minoritaire au Canada. Toutefois, d'autres éléments préoccupent depuis un bon moment les communautés francophones et acadiennes dans le domaine de la santé. En 1998, le rapport du professeur Donald Savoie «*Collectivités minoritaires de langues officielles : promouvoir un objectif gouvernemental* »[3] faisait état du faible engagement de Santé Canada envers les minorités linguistiques.

Le vieillissement de la population francophone en situation minoritaire incite à penser que les besoins en matière de services de santé iront en augmentant. L'analyse de la pyramide des âges des communautés francophones et acadiennes nous permet de constater que 25 p. cent des jeunes francophones ont moins de 24 ans comparativement à 37,6 p. cent chez les anglophones du Canada sans le Québec. À l'inverse, les groupes plus âgés francophones occupent une place démesurée par rapport à celle qu'ils occupent chez les anglophones : 24,5 p. cent pour les 55 ans et plus contre 17,8 p. cent pour la population anglophone[4]. Face à ce constat, il s'avère nécessaire de s'interroger sur la manière dont le système de santé canadien répondra à leurs besoins.

Le Comité a été à même de constater le sérieux et la qualité du travail accompli par la FCFA du Canada et de ses membres afin de dresser un portrait juste de la situation des soins de santé en

---

(1) Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Réflexions sur le système de soins de santé au Canada : maintien du modèle canadien grâce à l'innovation, (Enquête menée par Matthew Mendelsohn), juin 2002.

(2) Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, Rapport annuel 1998-1999, p.19.

(3) Donald J. Savoie, Collectivités minoritaires de langues officielles : promouvoir un objectif gouvernemental, Ottawa, novembre 1998.

(4) FCFA du Canada, Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français : Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, juin 2001, p. 10.

français. De façon évidente, ce dossier a été mené avec toute la détermination et l'enthousiasme qui caractérisent les communautés francophones et acadiennes du Canada depuis des décennies.

La FCFA du Canada et ses membres ont posé plusieurs gestes pour sensibiliser les décideurs politiques à cet enjeu capital pour le développement et l'épanouissement des communautés francophones. Tout d'abord, c'est à la demande de la FCFA du Canada que Santé Canada a créé le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) chargé de réfléchir sur la problématique des services de santé en français. La FCFA du Canada a mené, pour le compte de ce Comité consultatif, une étude exhaustive qui a duré plus de trois mois sur la situation actuelle des soins de santé en français.

À la lumière des études réalisées, des mémoires soumis et des témoignages entendus lors de ces travaux, le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie est à même de constater que le dossier est bien documenté et que tous les consensus nécessaires ont été atteints. Il est maintenant temps d'agir.

Il faut rappeler que la décision du Comité d'étudier cette question faisait suite à une motion déposée par l'honorable sénateur Jean-Robert Gauthier le 22 novembre 2001 qui autorisait le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie « à examiner et faire rapport au Parlement sur le document intitulé *Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français* »[(5)]. D'entrée de jeu, le Comité reconnaît ne pas avoir épuisé la question et tient à souligner que d'autres enjeux auraient pu être approfondis, notamment toute la question des droits linguistiques en matière de santé et l'ajout d'un principe à la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, le Comité a préféré se concentrer sur le mandat qui lui avait été donné le 22 novembre 2001.

Dans la première partie, nous résumerons les principaux rapports portant sur la question des soins de santé en français. Dans la deuxième partie, nous présenterons un compte rendu des témoignages entendus lors de nos audiences. Enfin, dans la troisième partie, nous proposerons une série de recommandations pour améliorer l'accès aux services de santé en français dans les communautés francophones et acadiennes du Canada.

2. RAPPORTS : *POUR UN MEILLEUR ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS* (JUIN 2001) ET RAPPORT DU CCCFSM AU MINISTRE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ (SEPTEMBRE 2001)

C'est à la suite d'une rencontre avec la FCFA du Canada en 1999 que le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Allan Rock décidait de mettre sur pied un Comité consultatif sur les communautés francophones en milieu minoritaire (CCCFSM). Le Comité, qui est toujours actif, a reçu comme mandat de le conseiller et de lui fournir des avis sur les moyens à prendre pour que son Ministère puisse favoriser l'épanouissement des communautés francophones en situation minoritaire, conformément aux dispositions de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*[(6)].

---

(5) Débat du Sénat (hansard), 1ère session, 37ième législature, Volume 139, numéro 72.

(6) Il est prévu à l'article 41 de la Partie VII de la *Loi sur les langues officielles* que « le gouvernement fédéral s'engage à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne ».

Le CCCFSM est composé de deux coprésidents, un de la partie communautaire et un autre de la partie fédérale. Des représentants des différentes communautés francophones, des représentants de Santé Canada et du ministère du Patrimoine canadien ainsi que des représentants des gouvernements provinciaux en sont également membre.

Dès ses premières réunions en juin 2000, il est apparu essentiel pour le CCCFSM d'orienter ses travaux en vue d'améliorer l'accès aux services de santé en français au niveau des soins primaires soit : les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation qui sont utilisés fréquemment par la clientèle francophone.

Les membres du CCCFSM ont également convenu de la nécessité de dresser un bilan de l'état actuel des soins de santé dans les différentes communautés francophones. Au cours de l'été 2000, Santé Canada a mandaté la FCFA du Canada pour qu'elle coordonne une étude approfondie sur les services de santé en français au Canada et qu'elle identifie des pistes de solution en vue d'améliorer l'accessibilité. Cette étude, intitulée *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, a été rendue publique en juin 2001.

D'entrée de jeu, l'étude révèle qu'il n'existe pas d'information fiable sur l'état de santé général des francophones vivant en situation minoritaire. On fait néanmoins état de certaines conditions socio-économiques propre à cette population qui sont susceptibles d'avoir des incidences négatives sur la santé des francophones. Nous savons par exemple que les membres des communautés francophones en situation minoritaire sont relativement plus âgés, moins scolarisés et moins actifs sur le marché du travail que les anglophones[7]. Il existe toutefois des différences significatives entre les diverses communautés francophones dispersées un peu partout au Canada. La conclusion de la FCFA du Canada voulant que la santé des francophones minoritaires soit plus précaire est motivée par ce portrait socio-démographique.

L'étude réalisée par la FCFA du Canada a aidé le CCCFSM à mieux comprendre la situation actuelle que vivent les francophones en situation minoritaire. On y fait les constatations suivantes :

- Dans 71 communautés étudiées, l'accessibilité à des services de santé en anglais serait de 3 à 7 fois plus élevée que l'accessibilité à des services en français.
- Entre 50 et 55 p. cent des francophones vivant en situation minoritaire ont peu ou n'ont pas accès à des services de santé en français. La situation est pire lorsque l'on exclut les régions d'Ottawa et de Moncton qui sont relativement mieux nanties à ce chapitre.
- Le manque de services de santé en français cause des préjudices à la santé des personnes.

L'étude propose également la mise en oeuvre de **cinq leviers d'intervention** (Figure 1) en vue d'améliorer le niveau d'accessibilité aux services de santé en français. Ces leviers d'intervention ne sont un gage de succès en autant que quatre conditions préalables soient réunies. Premièrement, la reconnaissance des différences régionales doit être obligatoirement prise en

(7) FCFA du Canada. *Santé en français – Pour un meilleur accès à des services de santé en français* : Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, juin 2001, p. viii.

considération car les solutions ne sont pas les mêmes pour chacune des régions. Deuxièmement, il faut agir simultanément sur l'offre et la demande. Troisièmement, il est nécessaire que tous les intervenants dans le dossier travaillent de façon concertée. Quatrièmement, les communautés francophones doivent être impliquées dans la gestion.

Le CCCFSM a repris intégralement les grands constats de l'étude de la FCFA du Canada et a recommandé au ministre de la Santé en septembre 2001 la mise en œuvre sur une période de cinq ans de cinq leviers d'intervention :

Figure 1 : Les cinq leviers d'intervention

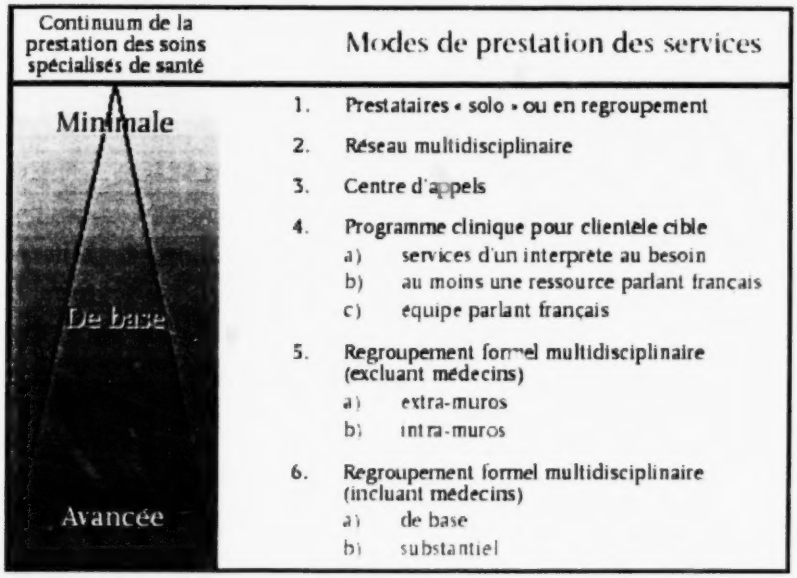
1. Le CCCFSM considère la création de liens concrets et durables comme un préalable favorisant l'engagement des communautés et des divers intervenants. Conscient que la dispersion géographique des communautés et l'isolement des professionnels francophones au sein d'associations dont ils font partie ne contribuent ni à une meilleure collaboration, ni à une utilisation plus efficace des ressources humaines et encore moins à une meilleure circulation de l'information en français sur la santé, le CCCFSM a recommandé **la mise en œuvre d'un réseautage communautaire** entre les représentants de la communauté francophone, les professionnels francophones de la santé, les gestionnaires d'établissements d'enseignement, les gestionnaires d'établissements de santé, les associations professionnelles et les représentants politiques. Les réseaux seront d'autant plus importants que ce sera à eux d'établir les priorités adaptées à chaque communauté et de s'assurer que le modèle mis en place soit compatible avec le système de santé de la province ou du territoire concerné.

2. Le CCCFSM constate une pénurie grave de professionnels pouvant servir dans les communautés francophones. Le CCCFSM ne se dit pas pour autant surpris d'une telle situation puisque la plupart des francophones en situation minoritaire qui poursuivent des études universitaires en santé ne reviennent pas exercer leur profession dans leur communauté. Pour pallier cette lacune, il importe de renforcer la formation pratique des étudiants en français aussi près que possible de leur milieu d'origine. Le Comité est convaincu que le partenariat des différentes communautés à l'intérieur d'un réseau favorise « l'ancrage des étudiants dans leur milieu et le retour dans leurs communautés d'origine. » Pour ce faire, il est indispensable que les diverses communautés s'associent ou deviennent partenaires à l'intérieur d'un large réseau. Le Comité recommande donc **la mise en place d'un consortium pan canadien pour la formation** de la santé pouvant s'exprimer en français. Ce réseau national, constitué de plusieurs établissements post-secondaires, de partenaires communautaires et d'établissements de soins de santé dans les communautés, recevrait le mandat de donner suite aux stratégies de recrutement et de formation de futurs professionnels de la santé.

3. L'implantation de **lieux d'accueil** pour la prestation de services de santé en français. Les solutions qui seront adoptées pour améliorer l'accès à des services de santé en français dépendront de la situation particulière de chaque communauté. Le CCCFSM a recensé 6 modes de prestation de soins primaires (Figure 2) et 11 modes de prestation des soins spécialisés, lequel va de la prestation de services en solo à la prestation de services en

groupes multidisciplinaires en passant par la fourniture de services par des centres d'appels.

Figure 2 : Typologie progressive des modes de prestation des soins primaires en fonction des besoins et des capacités des milieux


Continuum de la prestation des soins spécialisés de santé
Modes de prestation des services
Minimale
De base
Avancée
1. Prestataires « solo » ou en regroupement
2. Réseau multidisciplinaire
3. Centre d'appels
4. Programme clinique pour clientèle cible
a) services d'un interprète au besoin
b) au moins une ressource parlant français
c) équipe parlant français
5. Regroupement formel multidisciplinaire (excluant médecins)
a) extra-muros
b) intra-muros
6. Regroupement formel multidisciplinaire (incluant médecins)
a) de base
b) substantiel

Source : Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Rapport au ministre fédéral de la Santé, Septembre 2001, p.30.

4. L'utilisation accrue des nouvelles **technologies**, permettra de renforcer la relation patient-professionnel et de briser l'isolement géographique de certaines communautés. Le développement de l'inforoute de la santé permettra de communiquer rapidement et efficacement par le son, l'image et la transmission de données avec un grand nombre de points de service partout au pays. Cette infrastructure pourra également être utilisée pour offrir au personnel médical de régions isolées l'occasion de se perfectionner du point de vue professionnel en leur permettant de participer à des activités de formation par voie électronique.

5. Une meilleure disponibilité de **l'information** pour avoir une meilleur connaissance des besoins actuels dans le but d'aider les intervenants à établir des priorités d'action en matière de services en français. Malgré la qualité de l'étude réalisée par la FCFA du Canada, les auteurs ont été à même de constater qu'il n'existait pas d'information fiable et commune pour l'ensemble des communautés francophones et acadienne en situation minoritaire. Une meilleure connaissance de l'état de santé des populations permettrait de mieux cibler les programmes et les infrastructures à mettre en place de même que les campagnes de promotion de la santé ou de prévention des maladies.

Dans son rapport le CCCFSM reconnaît que la mise en œuvre des cinq leviers d'intervention nécessitera des investissements financiers supplémentaires de la part du gouvernement fédéral.

Toutefois, le CCCFSM précise dans son rapport que certains des nouveaux investissements auront une portée exclusive aux communautés francophones tandis que d'autres serviront à accroître l'accessibilité de certains services pour tous les usagers d'une région donnée. Le CCCFSM estime également que certains investissements peuvent être quantifiés avec précision tandis que d'autres « reflèteront les capacités différentes d'absorption et le rythme varié de développement des services dans les communautés »[8]. La Figure 3 présente un résumé des sommes demandées :

Figure 3 : Sommes demandées dans le rapport du CCCFSM[9]

INITIATIVE	ESTIMATION FINANCIÈRE
Fonctionnement des réseaux communautaires	5 millions de dollars par an / sur 5 ans
Formation et recrutement du personnel francophone et / ou bilingue	15 millions de dollars par an / sur 5 ans
Mise en place graduelle d'une infostructure de la santé	20 millions de dollars
Mise en place de lieux d'accueil	25 millions de dollars par an / sur 5 ans
TOTAL	245 millions / sur 5 ans

Le CCCFSM indique que le recours à certains programmes existants de Santé Canada et de Patrimoine canadien peut aider à amorcer la mise en œuvre de certaines de ses recommandations. Cependant, une véritable mise en œuvre des services d'intervention proposés nécessitera de nouveaux investissements.

(8) Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Rapport au ministre fédéral de la Santé, Septembre 2001, 49 pages.

(9) Ibid., p.34.

Figure 4 : Deux programmes stratégiques...

FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (FASSP)

Un fonds de transition qui aide les provinces et les territoires, à financer leurs projets d'amélioration des soins de santé primaire. Le fonds comprend deux volets : 70 p. cent du Fonds est alloué aux provinces et aux territoires en fonction de leur population (composante par habitant) pour les aider à élargir la portée et à accélérer la mise en œuvre de leurs projets relatifs aux soins de santé primaire. 30 p. cent du Fonds, appuie les approches communes axées sur la réforme des soins de santé primaires dans l'ensemble des provinces et des territoires (composante nationale) et sert à améliorer les soins de santé primaires offerts aux populations jugées prioritaires, particulièrement les peuples autochtones, ainsi que les minorités officielles du pays. Dans le cadre de ce fonds, 15 millions de dollars ont été mis à la disposition des minorités linguistiques du Canada.

PARTENARIAT INTERMINISTÉRIEL DES COMMUNAUTÉS DE LANGUE OFFICIELLE (PICLO)

Une initiative du ministère du Patrimoine canadien de $5,5 millions par année sur 5 ans permettant d'offrir un financement complémentaire à d'autres contributions fédérales visant à encourager le développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire (francophones à travers le pays, et anglophones au Québec). En 2001-2002, l'apport du PICLO permettra à Santé Canada d'investir plus de 1 775 000 $ dans des projets élaborés de concert avec les associations qui représentent les communautés de langue officielle.

2.1 Le Forum national « Santé en français » (novembre 2001) [10]

Le Forum national « Santé en français » qui s'est tenu à Moncton (Nouveau-Brunswick) du 2 au 4 novembre 2001 a été l'occasion de débattre du contenu du rapport du CCCFSM et de mettre à l'épreuve le bien fondé de ses recommandations. 250 personnes de toutes les régions du pays et de différents secteurs, que ce soit de la santé, des gouvernements, du réseau associatif ires ou des milieux académiques, ont pris part au Forum. Les travaux réalisés en ateliers ont permis de valider les orientations et les recommandations proposées au ministre fédéral de la Santé dans le rapport du CCCFSM. Les participants sont parvenus à un consensus autour des cinq leviers d'intervention que nous avons décrits en détails à la Figure 1: le réseautage des professionnels francophones, la formation de la main d'oeuvre, la création de lieux d'accueil, la technologie et le besoin d'information. Enfin, le Forum a permis de confirmer que la mise en œuvre des services de santé en français pour les communautés francophones en situation minoritaire exigera :

(10) Cette section est une synthèse du document intitulé *Santé en français. Principaux consensus du Forum national « Santé en français », 3 et 4 novembre 2001.* (http://forumsante.ca/index.cfm?Repertoire_No=-661868150&Voir=publi_liste)

- Une stratégie différentielle, reconnaissant les phases de développement où se retrouvent les diverses communautés ;
- Une action sur l'offre et la demande, c'est-à-dire, aider les fournisseurs de services de santé à être proactifs et sensibiliser les francophones à l'utilisation des services en français ;
- Un effort concerté des trois grands groupes d'intervenants (milieux, institutions et autorités politiques);

Il a été convenu que les communautés francophones cherchent une approche novatrice dans le développement des services de santé en français qui pourra servir de modèles à d'autres communautés au Canada et ailleurs. Les participants souhaitent que le gouvernement fédéral appuie les provinces et territoires dans le développement et la mise en œuvre des services de santé en français.

3. LES TRAVAUX DU COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE : SOMMAIRE DES TÉMOIGNAGES

Nous vous proposons dans cette section un sommaire des témoignages et des points saillants entendus lors des travaux du Comité sénatorial. Dans un premier temps, des hauts-fonctionnaires de Santé Canada sont venus faire le point sur la question des soins de santé pour les francophones en situation minoritaire. Plus récemment, le Comité a tenu deux journées d'audiences intensives autour de quatre thèmes particuliers : la promotion du fait francophone, la prestation des soins de santé, la formation professionnelle et les suites à donner au rapport. Nous avons été impressionnés par la qualité des mémoires et des présentations soumis à notre attention mais aussi par la détermination que les francophones vivant en situation minoritaire font preuve pour faire avancer ce dossier. Des témoins qui proviennent de partout au Canada (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Ontario, Manitoba, Alberta, Colombie-Britannique) et qui oeuvrent dans différents secteurs d'activités (réseau associatif francophone, milieux académiques, milieux de la santé, haute gestion d'établissements hospitaliers, administration publique) ont généreusement accepté de se déplacer pour participer à nos travaux. Nous tenons, tous et toutes, à les remercier.

3.1 Première séance : Santé Canada

Le 25 avril 2002, le Comité a entendu le témoignage du sous-ministre adjoint à la Direction de l'information, de l'analyse et de la connectivité de Santé Canada, M.Marcel Nouvet, qui occupe également les fonctions de coprésident du CCCFSM. Bien que son Ministère ait accueilli favorablement le rapport du CCCFSM, il n'y a pas encore eu une réponse officielle émise par l'organisme fédéral.

« Nous n'avons pas encore de réponse officielle au rapport du Comité. Je vais vous expliquer pourquoi. La réponse de notre ministère à ces recommandations doit tenir compte de certaines contraintes et considérations en autres, les domaines de compétence, le partage de domaines de compétence entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, les leviers reliés à l'accès relèvent principalement des domaines de compétences provinciale et territoriale. Ces gouvernements sont responsables de la prestation des soins primaires. »

Marcel Nouvet, sous-ministre adjoint à la Direction de l'information,Santé Canada, 25 avril 2002, 51 :9

Les témoins de Santé Canada ont mentionné l'importance que les gestes qui seront posés dans ce dossier s'inscrivent à l'intérieur de l'initiative de renouvellement des langues officielles actuellement menée par le ministre Stéphane Dion.

3.2 Deuxième séance : Promotion du fait francophone

La deuxième séance fut l'occasion pour des associations chargées de la promotion du fait francophone en milieu minoritaire de faire part des lacunes actuelles mais aussi des perspectives d'avenir quant à la question des soins de santé en milieu minoritaire. Il est important que tout le travail accompli jusqu'à présent par les communautés francophones et le CCCFSM ne reste pas lettre morte :

« Le travail réalisé par ce comité est exemplaire, mais il ne faut pas que ce rapport demeure sur les tablettes. Ce rapport constitue un excellent plan d'action. Son contenu a été entériné par le forum «Santé en français», lequel a réuni plus de 250 personnes à Moncton en novembre 2001. Il est maintenant temps de passer à l'action. »

Jean-Guy Rioux, FCFA du Canada, 10 septembre 2002, 66 :19

Trois points saillants ont été mis en évidence lors des présentations de la FCFA du Canada et de trois de ses membres (la Fédération des Acadiens de la Nouvelle-Écosse (FANE), l'Association canadienne-française de l'Ontario (ACFO) et la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique (FFCB)). Tout d'abord, les quatre témoins souscrivent au rapport du CCCFSM ainsi qu'aux cinq leviers d'intervention proposés. Leur mise en œuvre permettra d'améliorer le niveau d'accessibilité des services de santé en français.

« En septembre 2001, le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire déposa son rapport au ministre de la Santé. Ce rapport décrit de façon assez précise les cinq leviers qui doivent être créés et utilisés en vue d'assurer le développement des services de santé en français en milieu minoritaire. La FANE souscrit au plan d'action proposé pour ces cinq milieux d'intervention pour faciliter les initiatives des communautés et améliorer le niveau d'accessibilité des services de santé en français. »

Paul d'Entremont, FANE, 66 : 12.

Dans un deuxième temps, ils estiment nécessaire que le gouvernement fédéral considère la possibilité de créer un programme de coopération intergouvernementale dans le domaine de la santé, à l'image du programme qui existe actuellement dans le domaine de l'éducation[11]. Enfin, les associations entendues ont demandé l'ajout d'un principe à la *Loi canadienne sur la santé*, soit celui de la dualité linguistique, qui constituerait une obligation législative pour les gouvernements fédéral provinciaux et territoriaux d'offrir des services de santé en français aux minorités linguistiques du pays. Dans le cas de l'ajout d'un principe, il est important de préciser que cette suggestion ne se retrouve pas dans le rapport de la FCFA du Canada qui a été référé pour étude à notre Comité sénatorial et que par conséquent, nous ne pouvons pas en faire état dans nos recommandations. Toutefois, nous sommes d'avis que cette question mériterait une étude approfondie afin d'en mesurer tous les aspects légaux et pratiques.

3.3 Troisième séance : Prestation des soins de santé

Élise Arsenault de l'Île-du-Prince-Édouard et Suzanne Nicolas du Manitoba, toutes deux directrices d'un centre de santé communautaire, ont expliqué aux membres du comité toutes les possibilités mais aussi les défis qui sont reliés à l'offre de services de soins de santé en français dans un milieu linguistique minoritaire.

> *« Avant l'établissement du Centre de santé dans la région, les francophones ne savaient pas comment accéder les services. (...) L'ouverture du Centre de santé a contribué à de nouvelles énergies. Un rapprochement entre la communauté et le système formel de santé s'est produit. Maintenant, la prestation des services est basée sur les besoins, et l'accès au soin de première ligne s'est grandement amélioré. Dans le passé souvent les gens se privaient de services car ils n'existaient pas dans leur langue. »*
>
> Élise Arsenault, directrice, Centre communautaire Évangéline, 66 :38

Le Dr. Denis Vincent, médecin de l'Alberta et membre du CCCFSM, a expliqué comment il est important pour sa clientèle franco-albertaine de recevoir des services en français. Selon lui, l'accès à des soins de santé en français est un enjeu aussi capital pour le développement des communautés francophones que le fût la reconnaissance du droit à l'éducation en français. Le Dr. John Joanisse, vice-président aux affaires académiques de l'Hôpital Montfort, est revenu sur la menace de fermeture qui a pesé sur le seul hôpital francophone en Ontario, ainsi que sur la bataille juridique qui s'en est suivie. Selon le Dr. Joanisse, la protection des minorités linguistiques et le droit des francophones à recevoir des soins de santé dans leur langue étaient au cœur du jugement de la Cour d'appel de l'Ontario du 7 décembre 2001.

(11) En vertu du Programme des langues officielles dans l'enseignement, le gouvernement fédéral signe des ententes bilatérales avec chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux (ministère de l'éducation) et fournit un appui financier pour couvrir une partie des coûts supplémentaires encourus pour offrir l'enseignement dans la langue primaire. Ce programme, qui existe depuis 1970, était une des principales recommandations de la Commission Laurendeau-Dunton.

« Les francophones ont besoin plus que jamais de cette protection constitutionnelle et les instances gouvernementales ont plus que jamais le devoir et la responsabilité de la respecter et de la faire respecter. En terminant, je voudrais encourager de nouveau ce comité à reconnaître ce que les patients ont exigé et ce que la Cour d'appel a accordé à la population francophone : le droit de recevoir les soins dans leur langue, maintenant et dans le futur. »

John Joanisse, vice-président, Affaires académiques, Hôpital Monfort, 66 : 43

3.4 Quatrième séance : La formation professionnelle

Quatre témoins sont venus discuter de la question de la formation professionnelle. Madame Pierrette Guimond, professeure adjointe à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, a fait un exposé sur toute la problématique de la formation professionnelle en sciences infirmières. Un changement de paradigme s'impose dans ce domaine. Il est nécessaire de revaloriser les activités d'enseignements et de formation pratique en misant sur les compétences des infirmières expérimentées, quitte à faire une mise à niveau de leurs compétences pédagogiques.

La présidente de la Cité collégiale à Ottawa, Madame Andrée Lortie, a centré son témoignage sur la formation collégiale dans le domaine de la santé qui est offerte à l'extérieur du Québec. Elle était accompagnée de M. Pierre Bergeron, directeur général du Réseau des collèges et des cégeps francophones du Canada (RCCFC). Les collèges francophones hors Québec (Figure 5) sont responsables de la formation de centaines d'étudiants chaque année dans les secteurs primaires, secondaires et tertiaires de la santé. Ces collèges ont à cœur de répondre aux besoins de leurs milieux.

« Depuis 1990, à la Cité collégiale, nous avons formé plus de 2700 étudiants dans des secteurs de santé. Je vous parle de la Cité collégiale, mais je pourrais vous parler du collège Boréal dans le nord de l'Ontario, de Campbellton au Nouveau-Brunswick, du Collège de l'Acadie en Nouvelle-Écosse. »

André Lortie, Présidente, Cité Collégiale, 66 :63.

La collaboration est la clé de leur succès et, malgré les milliers de kilomètres qui les séparent, ils partagent entre eux leur expertise et leur matériel didactique. Certes, des gains importants ont été réalisés depuis dix ans dans le domaine de la formation collégiale; toutefois, beaucoup de défis restent à relever. Tout d'abord, la méconnaissance de certains programmes, leur inexistence dans certaines régions et la rareté des formateurs professionnels demeurent des problèmes majeurs dans certaines régions. Enfin, madame Lortie a rappelé l'importance pour le RCCFC de s'insérer dans la démarche mise de l'avant par le Consortium national de formation en santé.

Figure 5 : La formation collégiale en santé à l'extérieur du Québec

Plusieurs collèges francophones à l'extérieur du Québec, qui sont membre du Réseau des Cégeps et des Collèges Francophones du Canada (RCCFC), dispensent de la formation collégiale dans le domaine de la santé. Le RCCFC a été créé en 1995 et a pour mission d'établir un partenariat entre les établissements d'enseignement collégial francophones de dix provinces du Canada. Il constitue un réseau d'entraide, de promotion et d'échanges lié au développement de l'enseignement collégial en français au Canada tout en favorisant l'utilisation des technologies de l'information et des communications. Actuellement, plusieurs collèges francophones à l'extérieur du Québec offrent de nombreux programmes dans le domaine des soins primaires, secondaires et tertiaires :

• La Cité collégiale (Ottawa)	Quinze programmes
• Collège Boréal (Sudbury)	Douze programmes
• Collège communautaire de Campbellton (N.-B.)	Six programmes
• Collège de l'Acadie (Nouvelle-Écosse)	Deux programmes

De son côté, le docteur Aurel Schofield, est venu présenter les détails de l'entente entre différentes institutions universitaires du Québec et la communauté francophone du Nouveau-Brunswick. L'Entente Québec – Nouveau-Brunswick assure un nombre de places à des étudiants francophones du Nouveau-Brunswick dans des programmes de formation en médecine et dans d'autres disciplines de la santé. Vingt ans après cet accord, force est de constater que des progrès significatifs ont été réalisés. Il y a 20 ans, seulement 18 p. cent des médecins du Nouveau-Brunswick pratiquaient leur métier en français; ce chiffre est désormais rendu à 30 p. cent. Le ratio médecin/population était d'un médecin pour 1742 néo-brunswickois francophones; vingt ans plus tard, il est d'un médecin par 791 individus de population francophone. L'entente de Québec-Nouveau-Brunswick pourrait s'appliquer dans d'autres provinces selon le Dr. Schofield.

« J'ai présenté le partenariat Acadie-Sherbrooke comme modèle, mais on peut le transposer et l'adapter à toutes les provinces canadiennes. (...) Au Nouveau-Brunswick, cela nous a pris 20 ans à faire nos preuves avec un peu tout le monde en disant qu'on était capable de le faire. On souhaite être un modèle qui pourrait être appliqué ailleurs, partout au Canada et dans d'autres domaines, pas seulement en médecine. »

Docteur Aurel Schofield, vice-doyen adjoint, Faculté de médecine,
coordonnateur de la formation médicale francophone du Nouveau-Brunswick,
66 :91

Figure 6 : Quelques modèles d'ententes de formation

L'Entente Québec - Nouveau-Brunswick

Depuis le début des années 80, l'Entente Québec – Nouveau-Brunswick assure un total de 56 places annuellement pour l'inscription d'étudiants francophones du Nouveau-Brunswick dans les programmes de formation en médecine et dans d'autres disciplines de la santé. Cette entente a été développée avec différentes universités du Québec, soit l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke et l'Université Laval. Des places sont disponibles dans huit disciplines :

Audiologie :	1 place
Ergothérapie :	5 places
Médecine :	27 places
Médecine dentaire :	5 places
Optométrie :	2 places
Orthophonie :	1 place
Pharmacie :	6 places
Physiothérapie :	9 places

Un Centre national de formation en santé à Ottawa…

Le Centre national de formation en santé (CNFS) a été créé en 1999 dans le but de faciliter l'accès à des études en sciences de la santé et en médecine à des étudiants provenant de milieux francophones minoritaires. Sa gestion et sa coordination ont été confiées à l'Université d'Ottawa. Le CNFS a favorisé le développement de partenariats en formation clinique, particulièrement avec l'Hôpital Montfort (Ottawa) et dans les régions d'où proviennent les étudiants. Depuis quatre ans, le CNFS a permis à quelques 150 étudiants francophones de l'extérieur du Québec d'avoir accès à des études en sciences de la santé et en médecine; l'objectif initial était de 90 étudiants.

qui s'est étendu à d'autres province !

Le CNFS a permis de créer des partenariats avec d'autres institutions d'enseignement post-secondaire des communautés francophones minoritaires, notamment un avec le Collège universitaire de Saint-Boniface (CUSB) La mise sur pied de ce nouveau programme a permis d'accueillir quelques 20 étudiantes pour sa première années d'existence en 2001-2002. Financé par le gouvernement du Manitoba, ce projet s'est réalisé dans le cadre d'une collaboration étroite entre le CUSB, l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et le CNFS ainsi que les milieux cliniques francophones au Manitoba.

Le recteur de l'Université de Moncton et coprésident du Consortium national de formation en santé, M.Yvon Fontaine, a fait un parallèle entre l'accès à des soins de santé et les progrès

réalisés en éducation. À une certaine époque, il semblait irréaliste de mettre en place une infrastructure scolaire francophone à l'extérieur du Québec. Aujourd'hui, il y a des écoles francophones dans toutes les provinces canadiennes. Dans la même foulée, Yvon Fontaine estime qu'il n'est pas invraisemblable d'imaginer qu'un jour, une faculté de médecine soit implantée au Nouveau-Brunswick :

> « *S'il y avait une volonté politique suffisante, il n'y aurait aucune raison de ne pas avoir une faculté de médecine pour former les francophones ailleurs qu'au Québec. Le jour où il y aura cette volonté politique, on va pouvoir le faire, on va trouver les ressources. Elles sont là, elles ne sont pas encore toutes colligées et cristallisées. C'est une question de moyens, pas une question de capacité. Il faut regarder à moyen terme. Si la province de Terre-Neuve a une faculté de médecine au Memorial University, je pense bien que les communautés francophones au Canada pourraient avoir une faculté de médecine en français* »
>
> Yvon Fontaine, Consortium national de formation en santé, 66 :91

Dans son exposé, M. Fontaine a présenté les grandes lignes du projet de formation et recherche du Consortium national de formation en santé. Ce projet fait suite au Centre national de formation en santé qui avait été mis en place en 1999 suite à un appui du Ministère du Patrimoine canadien. La proposition du Consortium réunit dix institutions d'enseignement postsecondaire de la francophonie minoritaire du Canada jouant un rôle dans la formation de professionnels francophones de la santé, soit par des programmes existants ou à implanter. Le Consortium national de formation en santé vise un déploiement encore plus élargi que ce qui avait été mis en place avec le Centre national de formation en santé. Il permettra de favoriser la formation d'encore plus de professionnels francophones (médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététistes, travailleurs sociaux, psychologues, etc.) Le Consortium demande au gouvernement fédéral une contribution de 100 millions de dollars étalée sur une période de cinq ans pour que ce projet se concrétise.

3.5 Cinquième séance : Les suites à donner au rapport

Pour la dernière rencontre, le Comité a eu l'opportunité d'entendre trois témoins. L'ex-président directeur général de l'hôpital Général d'Ottawa, M. Jacques Labelle, a exprimé un point de vue différent sur la question des soins de santé en français en général et sur le rapport du CCCFSM en particulier. M.Labelle conteste certains éléments du rapport qui ne tiendraient pas suffisamment compte de l'assimilation linguistique des communautés francophones. Les recommandations proposées lui semblent inutilement bureaucratiques et ne permettent pas de régler l'essentiel du problème, qui est, selon lui, la pénurie de professionnels francophones dans toutes les provinces canadiennes.

Le Comité a par la suite entendu le témoignage du coordonnateur des affaires francophones intergouvernementales, Edmond Labossière. Ce dernier a mentionné que les ententes actuelles sur la promotion des langues officielles pourraient être utilisées comme un mécanisme de financement à coûts partagés pour assurer des services de santé en français.

« Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'ententes fédérales-provinciales spécifiquement sur le domaine de la santé. Il existe des ententes sur la promotion des langues officielles et on les utilise un peu pour faire des choses dans le domaine de la santé. Il existe certaines initiatives de collaboration et de coopération intergouvernementale. Il nous faut regarder comment utiliser les ressources afin d'assurer certains services de santé en français. »

Edmond Labossière, coordonnateur des affaires francophones intergouvernementales, 66 :104.

Le coprésident de la partie communautaire du CCCFSM et directeur général de l'hôpital Saint-Boniface au Manitoba, M. Hubert Gauthier, fut le dernier témoin à être entendu par le Comité. Selon lui, le dossier de la santé en français en est arrivé à un moment crucial. L'élaboration d'un plan d'action du Ministre Stéphane Dion, les travaux de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada et ceux de ce Comité sénatorial pourraient donner au dossier l'impulsion nécessaire pour que des résultats concrets apparaissent sur le terrain. Comme d'autres témoins avant lui, M.Gauthier a rappelé la nécessité d'associer les gouvernements provinciaux aux démarches entreprises par les communautés francophones en situation minoritaire. Le gouvernement fédéral devra toutefois jouer un rôle d'appui et de leadership.

« Je voudrais souligner que notre approche est basée sur la collaboration avec les territoires et les provinces. Les premiers responsables de la prestation des services de santé ce sont les provinces et les territoires. En plus des représentants communautaires et du gouvernement fédéral, notre comité compte des représentants de trois provinces à savoir du Nouveau-Brunswick, du Manitoba et de l'Alberta. (...) On n'a pas reçu de demandes d'ailleurs à ce jour. Nos travaux nous ont convaincus qu'avec l'appui du gouvernement fédéral il serait possible d'associer un bon nombre de provinces et de territoires au plan d'action que nous avons tracé à l'heure actuelle. »

Hubert Gauthier, coprésident du CCCFSM, 66 : 106

Dès leur première rencontre, le CCCFSM a choisi de mettre l'accent sur les soins de santé de première ligne estimant que c'était le meilleur moyen pour améliorer l'accès aux francophones vivant en situation minoritaire. Des cinq leviers d'intervention recommandés au ministre fédéral de la Santé, Monsieur Gauthier en retient trois pour une action immédiate :

- Le développement de **réseaux** qui permettront d'animer et de concerter le milieu autour d'enjeux reliés à la santé et de planifier le développement de services de santé en français;
- Le déploiement d'activités de **formation** qui assurent la disponibilité de professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français;
- L'implantation de **modèle d'organisation de services** pour la prestation de soins de santé de première ligne.

La prochaine section s'articule autour des trois leviers d'intervention retenus par Hubert Gauthier. Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie a fait siens ses trois leviers d'intervention et nous croyons qu'il est réaliste de les mettre en œuvre dans un avenir rapproché. Nous expliquerons pourquoi dans la prochaine section.

4. OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS

Les communautés francophones en situation minoritaire ont accompli un travail considérable pour présenter aux décideurs politiques un dossier étoffé sur la situation des soins de santé en français. Les consensus nécessaires ont été atteints, tant sur l'état des lieux que sur les mesures à prendre pour corriger la situation actuelle. Pour le Comité sénatorial, la mention des soins de santé aux minorités linguistiques du Canada dans le discours du Trône du 30 septembre 2002 laisse présager que le gouvernement fédéral agira prochainement dans ce dossier :

> « Le gouvernement verra à l'application d'un plan d'action sur les langues officielles mettant l'accent sur l'enseignement dans la langue de la minorité et l'enseignement de la langue seconde, avec pour objectif entre autres de doubler d'ici dix ans le nombre de diplômés des écoles secondaires ayant une connaissance fonctionnelle du français et de l'anglais. Il appuiera le développement des communautés minoritaires d'expression française et anglaise et rendra plus accessibles les services dans leur langue dans les domaines tels que la santé. »[12]

Il est maintenant temps pour le gouvernement fédéral de prendre acte du travail réalisé et de donner suite au rapport de la FCFA du Canada et du CCCFSM :

Recommandation 1

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral reçoive le Rapport « *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* », qu'il serve de base à son plan d'action sur les minorités linguistique et qu'il fasse siens les principes qui sous-tendent le rapport soit : 1) la reconnaissance des différences régionales ; 2) l'importance de la participation des communautés ; 3) la nécessité d'un effort concerté et ; 4) le besoin d'agir autant sur l'offre que sur la demande de services en santé.

Dans un monde idéal où les ressources financières seraient illimitées, la mise en œuvre des cinq recommandations serait l'objectif ultime à atteindre. Toutefois, le Comité privilégie avant tout une approche réaliste qui permettra d'améliorer l'accessibilité des soins de santé en français dans un avenir rapproché. Les visées trop ambitieuses qui ne déboucheraient sur rien de concret sont à exclure. Trois prémisses ont guidé notre réflexion suite aux témoignages entendus :

- Améliorer l'accès à des soins de santé en français dans le respect des champs de compétences des provinces.
- Privilégier une approche flexible pour répondre aux besoins des différentes communautés francophones. Il faut s'inspirer des réussites passées et les répéter si c'est possible.
- Capitaliser sur les programmes et initiatives déjà existantes.

(12) Discours du Trône, 30 septembre 2002 : (http://www.sft-ddt.gc.ca/hnav/hnav07_f.htm)

À la lumière des témoignages entendus, nous avons décidé de prioriser trois leviers d'intervention : le réseautage, la formation et les groupes de soins de première ligne. Dans chacun des cas, il y a déjà des initiatives sur le terrain qui ont fait leur preuve et qui s'inscrivent à l'intérieur de nos trois prémisses de base. Par exemple, en matière de réseautage, le Réseau des services de santé en français de l'Est est pleinement opérationnel depuis 1997 et démontre qu'il est possible d'assurer la concertation de tous les partenaires en vue d'améliorer les services de santé en français. Au niveau de la formation, le Centre national de formation en santé de l'Université d'Ottawa a permis à une centaine de jeunes depuis 1999 d'avoir accès à des programmes d'étude de santé en français. Quant aux soins de première ligne, il existe déjà des précédents dans plusieurs provinces (Manitoba, Yukon, etc.) où les deux ordres de gouvernements ont conclu des ententes pour cofinancer des services de première ligne aux patients francophones. Dans les trois cas, le gouvernement fédéral s'est impliqué financièrement en respectant les champs de compétence provinciaux. Dans les trois cas, nous sommes en présence de modèles qui ont fait leur preuve et qu'il est possible de répéter ou de développer davantage. Enfin, dans les trois cas, le gouvernement fédéral est intervenu dans le cadre de ses programmes existants. Très clairement, il y a donc une panoplie d'options sur la table qui sont à notre disposition.

Nous tenons à préciser à ce moment que le choix de prioriser trois leviers d'intervention sur cinq ne se veut pas un rejet de la télémédecine ou de la recherche comme leviers d'intervention potentiels. Nous invitons le lecteur à retourner dans nos rapports précédents où nous avons traité abondamment de ces questions.

Dans le volume 5 de notre rapport sur l'état du système de soins de santé au Canada, nous avons invoqué la nécessité d'investir dans les nouvelles technologies existantes pour desservir les régions rurales et éloignées. Nous avons notamment recommandé que « le gouvernement fédéral maintienne les efforts qu'il déploie en matière de santé rurale et qu'il investisse dans des applications de la télésanté qui permettront d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services de santé dans les régions rurales et éloignées »[(13)].

En ce qui a trait à la recherche, là encore nous avons insisté dans notre plus récent rapport du besoin urgent d'appuyer des initiatives de recherches pluridisciplinaires sur certaines populations en particulier. Nous avons recommandé en outre que « le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada affecte davantage de fonds à la recherche portant sur la santé de segments particulièrement vulnérables de la société canadienne »[(14)]. Aussi, la nomination en décembre 2001 de M.Hubert Gauthier au conseil d'administration des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) s'avère un pas dans la bonne direction pour positionner avantageusement les besoins des communautés francophones dans ce domaine

(13) Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume cinq : Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie 1, avril 2002, p.91.

(14) Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, p.232.

Les fondements juridiques à des soins de santé en français

Lors de nos travaux, plusieurs témoins ont soulevé l'hypothèse qu'il existerait des droits individuels et collectifs à des soins de santé en français. D'aucuns se sont appuyés sur le jugement de la Cour d'appel de l'Ontario du 7 décembre 2001 qui, sur la base de la *Loi sur les services en français*, avait tranché en faveur du maintien intégral de l'hôpital Montfort. Dans la même ligne de pensée, des associations francophones ont proposé d'amender la *Loi canadienne sur la santé* pour y ajouter un principe qui porterait expressément sur la dualité linguistique. Bien que ces deux revendications n'étaient pas mentionnées dans le rapport que nous avons étudié, nous croyons dans les deux cas qu'il est nécessaire d'en approfondir les aspects constitutionnels et pratiques afin d'en mesurer les répercussions potentielles.

Recommandation 2

Le Comité recommande que les fondements juridiques à des soins de santé en français fasse l'objet d'une étude indépendante et qu'une étude similaire soit également initiée pour examiner les enjeux légaux et administratifs advenant l'ajout d'un principe à *Loi canadienne sur la santé qui porterait* sur la dualité linguistique.

4.1 Le réseautage

Dans son rapport présenté au ministre fédéral de la Santé, le CCCFSM a identifié le réseautage comme la pierre angulaire de la stratégie proposée pour améliorer l'accessibilité à des services de santé en français. Nous avons été à même de constater qu'il y a un large consensus autour de ce levier d'intervention, y compris chez les hauts fonctionnaires de l'appareil gouvernemental :

> *« Nous appuyons le développement de toute cette idée de réseautage en fournissant des fonds en ce moment pour l'élaboration d'un plan d'action plus concret afin de mieux préciser les mesures à prendre pour donner suite aux recommandations faites au comité en ce domaine. »*
> Marcel Nouvet, Santé Canada, 51 :10.

Aussi, dans le cadre de la dernière assemblée générale de la FCFA du Canada à Whitehorse en juin 2002, le Président du Conseil privé et ministre des Affaires intergouvernementales, l'honorable Stéphane Dion, a posé un geste concret en annonçant des investissements de 1,9 million de dollars afin de permettre, en 2002-2003 « le maintien ou la création de réseaux dans le domaine de la santé et la réalisation d'études de faisabilité dans ce domaine »[(15)]. L'appui du gouvernement fédéral à la stratégie de réseautage est d'autant plus souhaitable et réaliste qu'il ne s'ingère pas dans un champ de compétence provincial en intervenant de la sorte. Néanmoins, il est loin d'être certain que les fonds investis jusqu'à maintenant seront suffisants pour assurer le plein déploiement de cette stratégie dans toutes les provinces et territoires sur une période de temps suffisamment longue :

(15) Notes pour une allocution de l'honorable Stéphane Dion, Président du Conseil privé et ministre des Affaires intergouvernementales, « Renforcer la dualité linguistique au bénéfice de tous les Canadiens », Whitehorse, Yukon, 22 juin 2001, (www.pco-bcp.gc.ca).

« L'honorable Stéphane Dion a récemment annoncé, au nom du ministre de la Santé Mme McLellan, un premier investissement transitoire de 1,9 millions de dollars. Monsieur le président, je vous l'aie dit: 1,9 millions de dollars n'est pas la solution au dossier, c'est un petit morceau pour nous aider à faire un pont avec le plan qu'on attend du gouvernement au cours des prochains mois. »

Hubert Gauthier, coprésident du CCCFSM, 66 :107

Nous invitons le gouvernement fédéral à donner à Santé Canada les ressources financières pour que ce Ministère puisse appuyer pleinement la mise en œuvre du réseautage et maximiser ses chances de succès.

Toutefois, de par leur composition hétérogène, il faut éviter que les réseaux deviennent des structures bureaucratiques et paralysantes qui compliqueront l'atteinte des consensus nécessaires plutôt que de les faciliter. Ces réseaux seront composés de représentants de différents milieux professionnels (académique, sanitaire, communautaire) qui peuvent avoir des vues divergentes quant aux initiatives à mettre de l'avant dans une région donnée. C'est pourquoi nous recommandons la mise en place d'une structure nationale qui viendra superviser le travail des différents réseaux à travers le Canada, et faciliter le partage de l'information lorsque c'est une bonne idée de le faire.

Recommandation 3

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral appuie pleinement la stratégie de réseautage proposée par le CCCFSM et que Santé Canada continue à supporter financièrement cette initiative. Le Comité recommande de plus la création d'un organisme national non–gouvernemental qui viendra superviser le travail des réseaux provinciaux et territoriaux dans le but de faciliter l'échange d'information et d'offrir un soutien technique à ceux qui en auront besoin.

4.2 La formation

Il est primordial que du personnel compétent soit disponible partout au Canada pour assurer la prestation de soins de santé de qualité en français partout au Canada. Si l'on ne s'assure pas d'avoir accès à un bassin de ressources humaines francophones en nombre suffisant, il n'est pas réaliste de penser que des services de santé en français seront disponibles à long terme. L'ancien président de l'hôpital Général d'Ottawa, M. Jacques Labelle, a fait un constat lucide sur cette question, qui a été corroboré par le coprésident du CCCFSM, M.Hubert Gauthier :

« Si l'on veut avoir un plan d'action avec plus de services, c'est très clair que si on n'a pas de médecins et pas d'infirmières, et je suis tout à fait d'accord avec M. Labelle là-dessus, on n'ira pas très loin. »

Hubert Gauthier, coprésident du CCCFSM, 66 : 107.

À l'heure actuelle, trois défis de taille se présente dans le domaine de la formation en santé. Premièrement, le nombre d'inscriptions dans les programmes de formation est insuffisant pour répondre aux besoins. Le mémoire soumis par le Consortium national de formation en santé est révélateur à ce sujet :

> *« Les besoins de formation de professionnels francophones en santé en vue d'offrir des services dans leur langue aux communautés francophones en situation minoritaire sont majeurs : il faudrait idéalement tripler, sinon quadrupler les effectifs. »*
>
> Mémoire du Consortium national de formation en santé, p.10.

Deuxièmement, toute la problématique de l'exode des jeunes vers les grands centres vient s'ajouter au manque de ressources humaines. Les futurs professionnels de la santé ont tendance à ne pas revenir dans leur région d'origine pour pratiquer leur nouvelle profession. Troisièmement, il existe actuellement un déséquilibre quant à la disponibilité des programmes de formation en santé en français dans certaines régions du Canada. Il est primordial que les jeunes francophones de partout au Canada soient en mesure de suivre des programmes de formation médicale dans leur langue. Les provinces de l'Ouest sont particulièrement défavorisées à ce chapitre et des progrès sont encore possibles dans les provinces atlantiques :

> *« C'est sûr que dans l'Ouest, lorsqu'on regarde ce qui se passe en santé, que ce soit au Manitoba, en Alberta, en Saskatchewan ou en Colombie-Britannique, les programmes collégiaux n'existent pas présentement, même s'il y a des activités collégiales. Il y a une grande pénurie à ce niveau ».*
>
> Andrée Lortie, présidente, Cité Collégiale, 66 :64

Le Comité sénatorial estime que l'actuel déséquilibre quant à la disponibilité des programmes de formation en santé doit être corrigé dans les plus brefs délais, par souci d'équité. Notre Comité estime que la proposition de Consortium national de formation en santé qui lui a été présenté par un de ses coprésidents, M. Yvon Fontaine, mérite d'être appuyée. Un tel regroupement permettra en effet d'élargir l'accès à d'autres lieux d'enseignement des disciplines de la santé. Ce Consortium fera la promotion des carrières en santé, assurerait une offre adéquate de programmes et verrait au renforcement des structures d'accueil pour ceux et celles qui s'inscriraient à des programmes de formation collégiale ou universitaire en sciences de la santé. L'Université Sainte-Anne et le Collège de l'Acadie en Nouvelle-Écosse, le Collège universitaire de Saint-Boniface (Manitoba) et la Faculté Saint-Jean (Alberta) constituent actuellement des endroits où il serait possible de déployer un accès plus grand aux professions de la santé. Nous ne pouvons que saluer le caractère innovateur du Consortium. Des institutions académiques qui sont souvent en compétition l'une avec l'autre, se rassemblent dans le but d'élargir le nombre de programmes en santé et ce, pour le bénéfice de toutes les communautés francophones et acadiennes du Canada. Nous appuyons la proposition du Consortium pour la formation des professionnels de la santé, en émettant deux commentaires. Tout d'abord, il est absolument nécessaire que le Consortium incorpore à son projet la participation des collèges communautaires francophones hors Québec et leur assure une représentation adéquate au sein même de la structure de gouvernance. Enfin, nous rappelons au Consortium qu'il doit privilégier

les programmes de formation qui répondent aux besoins des communautés francophones, conséquemment, celles où il y a une interaction linguistique avec le client.

Recommandation 4

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral appuie la mise en place du Consortium pour la formation des professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français. Le Consortium doit privilégier les programmes de formation où il y a une interaction linguistique entre le professionnel de la santé et le client.

Toutefois, la formation de jeunes francophones dans le domaine de la santé n'est pas suffisante; encore faut-il qu'ils reviennent pratiquer leur profession dans leur région. Pour pallier aux lacunes soulevées lors des témoignages, il est crucial que les programmes de formation, par la voie de stages pratiques, favorisent un contact le plus fréquent et le plus long possible de l'étudiant ou de l'étudiante avec sa région d'origine. Les expériences telles que l'Entente Québec – Nouveau-Brunswick ou le Centre national de formation en santé, situé à Ottawa, sont des modèles à suivre dans ce domaine.

Pour conclure cette section, nous aimerions référer le lecteur à notre Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada qui traite des ressources humaines de la santé. Nous avons notamment recommandé que « le gouvernement fédéral verse dès maintenant 160 millions de dollars par année afin que les écoles de médecine puissent recruter 2 500 étudiants de première année d'ici 2005 »[(16)]. Les écoles de sciences infirmières et professions connexes ne sont pas en reste. Nous avons proposé des investissements de 130 millions de dollars par année[(17)]. Si le gouvernement fédéral va de l'avant avec les recommandations de notre Rapport final, il est essentiel qu'il s'assure que tout injection de nouveaux fonds fédéraux se fassent en tenant compte des besoins particuliers des communautés francophones et acadiennes dans le domaine des ressources humaines de la santé.

(16) Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002, p.207.

(17) Ibid., p.292.

Recommandation 5

Le Comité recommande qu'une partie équitable des 290 millions de dollars proposés dans son *Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada,* en vue d'accroître le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine, de sciences infirmières et de professions connexes, soit spécifiquement réservée pour la formation de professionnels francophones de la santé qui oeuvrent en situation minoritaire.

4.3 Les groupes de soins de première ligne

Les témoins qui sont venus témoigner devant le Comité sénatorial ont insisté sur la nécessité de créer des milieux de prestation de soins de santé en français. Le coprésident du CCCFSM, Hubert Gauthier, a particulièrement insisté sur le concept de « l'offre active », c'est-à-dire d'inviter ouvertement et sans équivoque la clientèle à utiliser la langue de son choix, que ce soit dans les communications en personne, au téléphone, par correspondance ou sur Internet. Sans cette offre active, encore trop de francophones hésiteront à exprimer leurs besoins dans leur langue :

> *« J'aimerais attirer votre attention sur un concept central à l'approche que nous avons développée : il s'agit de l'offre active. Il ne suffit pas de répondre au téléphone en disant: "Bonjour, this is the Ottawa General Hospital or the St. Boniface General Hospital. How may I direct your call?" pour que les gens sentent qu'ils peuvent demander des services en français et l'obtenir. Il faut créer des lieux où les francophones, en franchissant les portes, physiques ou virtuelles, sentiront qu'ici c'est en français que cela se passe et qu'ils ne dérangeront pas s'ils demandent des services dans leur langue. »* Hubert Gauthier, coprésident du CCCFSM, 66 :109

L'étude du CCCFSM a démontré qu'il y a des différences régionales importantes quant à la disponibilité des soins de service en santé. Certaines communautés francophones en situation minoritaire n'ont tout simplement pas d'accès véritable à des soins de santé dans leur langue. Le témoignage de la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique a été particulièrement éloquent à ce sujet. Il y a des besoins urgents à combler dans les provinces de l'Ouest (Alberta, Saskatchewan), dans les territoires (Nunavut, Territoires-du-Nord-Ouest) mais aussi dans les provinces Atlantiques, notamment en Nouvelle-Écosse. Comme l'a expliqué M.Gauthier aux membres du Comité sénatorial, l'offre de soins de santé de première ligne aux francophones en situation minoritaire ne veut pas automatiquement dire l'implantation de nouveaux hôpitaux dans toutes les provinces canadiennes. Dans certains cas, il peut s'agir d'un centre de santé communautaire comme ceux qui existent à l'Île-du-Prince-Édouard, au Manitoba, en Ontario et au Manitoba. Rien n'empêche que certains de ces centres s'établissement à l'intérieur même des centres communautaires existants. Dans d'autres cas, des professionnels qui travailleraient en solo, des équipes multidisciplinaires ou des lignes téléphoniques info-santé pourront s'acquitter de cette tâche. D'où l'importance des réseaux pour déterminer le niveau de besoin.

Recommandation 6

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral appuie la stratégie de développement de groupes de soins de première ligne et de lieux d'accueil qui améliorent l'accès aux services de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire, tel que décrit dans le rapport *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* et que Santé Canada continue à supporter financièrement cette initiative.

4.4 Quel est le rôle du gouvernement fédéral ?

Le gouvernement fédéral n'est pas directement responsable de la prestation des services de soins de santé dans les provinces et les territoires ; il s'agit d'une responsabilité provinciale et territoriale. Le gouvernement fédéral y participe indirectement en transférant des sommes pour aider ces gouvernements à s'acquitter de leurs responsabilités dans ce domaine. Toutefois, nous croyons que le gouvernement fédéral a le devoir d'exercer son pouvoir de « persuasion morale » auprès des gouvernements provinciaux pour les amener à considérer la nécessité d'améliorer les soins de santé en français en milieu minoritaire. Il a été capable de le faire par le passé dans le dossier de l'éducation.

> *« Je suis d'accord que l'élaboration de la mise en oeuvre des stratégies de l'acheminement du dossier et de la prestation des services de santé en français doivent se faire en collaboration avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et leur communauté d'expression française. L'appui fédéral est essentiel. Le gouvernement fédéral a donc un rôle important à jouer. Les moyens qu'il a à sa disposition lui permettent d'inciter et d'appuyer les provinces et les territoires qui sont prêts à passer à l'action. »*
>
> Jean-Guy Rioux, FCFA du Canada, 10 septembre 2002, 66 :20.

Plusieurs témoins ont indiqué que certains gouvernements provinciaux ont démontré des signes d'ouverture à la possibilité de s'impliquer plus à fond sur cette question. Nous demandons donc au gouvernement fédéral de sonder le terrain auprès des gouvernements provinciaux pour voir quels sont les gouvernement provinciaux qui seraient prêts à agir dès maintenant dans le dossier des soins de santé en français lors de la prochaine Conférence fédérale – provinciale des ministres de la santé. Quelques provinces qui seraient prêtes à s'engager pourraient créer un effet d'entraînement auprès de celles qui sont plus hésitantes.

Recommandation 7

Le Comité recommande que la question des soins de santé aux minorités linguistiques soit à l'ordre du jour de la prochaine conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la santé.

4.5 Les mécanismes de coopération intergouvernementale

Les associations francophones qui sont venues témoigner devant le Comité ont proposé d'une même voix la création d'un programme de coopération intergouvernementale dans le domaine de la santé, similaire à ce qui existe actuellement dans le domaine de l'éducation. Le rapport du CCCFSM soumis au Ministre fédéral de la Santé propose également « de négocier des ententes fédérales – provinciales – territoriales »[18] pour mettre en œuvre la stratégie proposée dans le rapport. Le Comité sénatorial croit que la mise sur pied d'un tel programme serait la solution idéale à long terme. Toutefois, nous croyons qu'il est préférable à ce moment-ci d'étudier d'autres options qui permettraient d'agir plus rapidement dans ce dossier.

Le coordonnateur des affaires francophones pour les gouvernements provinciaux, M. Edmond Labossière, a soulevé un point intéressant lors de son témoignage. Depuis plus de quinze ans, le gouvernement fédéral signe des *ententes fédérales-provinciales en matière de services dans la langue de la minorité* sur une base pluriannuelle avec les gouvernements provinciaux et les territoriaux afin de les aider à mettre sur pied des services (ou à améliorer ceux existant) dans les domaines qui touchent de près les collectivités minoritaires de langue officielle : la santé, l'économie, la justice, les services sociaux et les loisirs. L'objectif recherché est de promouvoir la reconnaissance des deux langues officielles et leur utilisation par les gouvernements provinciaux. Comme dans le cas des ententes en éducation, les coûts sont habituellement répartis dans une proportion de 50/50 entre les deux ordre de gouvernement. Ces ententes sont en vigueur dans pratiquement chaque province et territoire et plusieurs d'entre elles incluent des initiatives dans le domaine des soins de santé en français (Voir Figure 7). Toutefois, l'enveloppe financière annuelle attribuée à ces ententes est relativement minime (12 millions de dollars) comparativement à celles en éducation (194 millions de dollars)[19] ce qui ne permet de financer qu'un nombre limité de projets.

C'est pourquoi nous considérons que le gouvernement fédéral devrait envisager la possibilité d'octroyer des fonds supplémentaires dans le budget attribué aux ententes fédérales-provinciales en matière de services dans la langue de la minorité de façon à financer un plus grand nombre de projets et d'initiatives dans le domaine de la santé. Un axe d'intervention spécifique appelé « santé » pourrait être inséré à ces ententes. Nous recommandons toutefois que Santé Canada, de par son expertise dans le domaine de la santé, soit étroitement impliqué aux différents étapes du processus, de la négociation des ententes à l'analyse des rapports d'activités, étant donné son expertise première dans le domaine et de ses obligations en vertu de la partie VII de la *Loi sur les langues officielles*.

---

(18) Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Rapport au ministre fédéral de la Santé, Septembre 2001, p.35,

(19) Ministère du Patrimoine canadien, Rapport annuel 2000-2001, Ottawa, 2001, p. 22.

Figure 7 : Exemples d'initiatives dans le domaine de la santé financées dans le cadre des ententes fédérales-provinciales en matière de services dans la langue de la minorité

TITRE DE L'ENTENTE	DURÉE	DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ	Investissements gouvernementaux	
			Canada	Province
Entente de contribution Canada - Yukon sur le développement, l'amélioration et la mise en œuvre des droits et des services en français 1999-2004	2001 2002	- Assurer des services en français aux patients francophones de l'Hôpital et du Centre de santé de Whitehorse.	80 000 $	73 000 $
Entente-cadre Canada - Alberta sur la promotion des langues officielles	2001 2004	- Six activités identifiées dans le plan d'action pour appuyer la communauté dans sa démarche pour améliorer l'accès aux soins de santé en français en Alberta.	148 000 $	148 000 $
Entente cadre Canada – Colombie-Britannique sur la promotion des langues officielles	2001 2004	-Identifier des possibilités et augmenter l'accessibilité des services en français dans les secteurs prioritaires de la santé et des services sociaux en consultation avec les ministères gouvernementaux et la communauté francophone.	600 000 $	300 000 $
Entente Canada - Île-du-Prince-Édouard sur la promotion des langues officielles	1999 2004	- Doter des postes bilingues afin d'assurer la prestation de services en français aux agences régionaux de la santé ciblés. - Augmenter le nombre de professionnels de la santé bilingues.	Montant indéterminé dans le plan d'action	Montant indéterminé dans le plan d'action
Entente cadre Canada - Manitoba sur la promotion des langues officielles	2000 2004	- Appuyer et favoriser l'offre de services de santé et de services sociaux en français.	1 000 000 $	1 000 000 $
Entente-cadre Canada – Nouveau-Brunswick sur la promotion des langues officielles	1999 2004	- Appuyer la préparation des plans d'action des ministères et corporations hospitalières pour des services dans les deux langues officielles.	517 500 $ (Une partie indéterminée de cette somme)	517 500 $ (Une partie indéterminée de cette somme)
Entente-cadre Canada - Nunavut sur la Promotion du français et de l'inuktitut	2001-2002	- Offre de services au public, y compris les contributions aux Conseils de santé, prime de bilinguisme et information publique tel que les publications, les avis et les annonces publicitaires.	354 000 $	-
Entente Canada - Terre-Neuve sur la promotion des langues officielles		- Formation linguistique	Indéterminée	Indéterminée

Recommandation 8

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral entame des pourparlers avec les gouvernements provinciaux et territoriaux sur la possibilité de créer un programme de langues officielles dans le domaine de la santé (PLOS) afin de les appuyer à long terme dans la prestation des soins de santé à l'égard de leur communauté minoritaire de langue officielle.

Recommandation 9

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral œuvre en étroite collaboration avec les provinces et territoires dans le respect de leur juridiction, et qu'il étudie la possibilité de bonifier l'enveloppe actuelle des ententes fédérales provinciales et territoriales en matière de services dans la langue de la minorité de façon à augmenter la part des activités qui touchent la santé et les services sociaux.

Nous reconnaissons que ce mode de financement est transitoire et ne permettra pas de financer des lieux d'accueils physiques, tels que des centres de santé communautaire. Le recours à des ententes spéciales négociées à la pièce entre les deux ordres de gouvernements, comme il en existe pour la construction d'un centre scolaire communautaire par exemple, demeure un mécanisme de financement possible pour les projets d'infrastructure les plus urgents.

« Le dossier le plus épineux est celui des lieux d'accueil. Ce dossier est plus que tout autre de l'essor fédéral-provincial »

Hubert Gauthier, coprésident du CCCFSM, 66 :117.

CONCLUSION : URGENCE DE LA SITUATION

Depuis 30 ans, les communautés francophones et acadiennes du Canada ont fait des gains remarquables dans plusieurs domaines de la société, y compris la justice et l'éducation. Dans chaque cas, des leaders francophones ont défendu avec ardeur et détermination le droit des minorités francophones au Canada de se développer et de s'épanouir dans leur langue.

C'est avec la même énergie qu'ils sont résolus à améliorer l'accessibilité à des soins de santé au français. Ils ont élaboré un plan d'action réaliste, qui a reçu l'aval de tous les partenaires impliqués dans ce domaine. Après l'accès à l'éducation et à la justice en français, la santé constitue un autre pilier à mettre en place pour que la maison canadienne-française puisse s'ériger sur des fondations solides. Il incombe maintenant au gouvernement fédéral d'exercer son rôle de leadership dans le domaine des langues officielles afin d'amener d'autres partenaires clés, y compris les gouvernements provinciaux, à mettre la main à la pâte pour que tous les Canadiens et Canadiennes d'expression française vivant en situation minoritaire aient désormais

accès à des soins de santé décents dans leur langue, comme la majorité de la population canadienne.

Plusieurs initiatives sont en route actuellement, dont celle qu'élabore actuellement le ministre Stéphane Dion pour renouveler le dossier des langues officielles au Canada. Cette initiative pourrait permettre de mettre en œuvre certaines actions concrètes pour améliorer l'accessibilité des soins de santé en français.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral reçoive le Rapport « *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* », qu'il serve de base à son plan d'action sur les minorités linguistique et qu'il fasse siens les principes qui sous-tendent le rapport soit : *1) la reconnaissance des différences régionales, 2) l'importance de la participation des communautés, 3) la nécessité d'un effort concerté et 4) le besoin d'agir autant sur l'offre que sur la demande de services en santé.*

Recommandation 2

Le Comité recommande que les fondements juridiques à des soins de santé en français fasse l'objet d'une étude indépendante et qu'une étude similaire soit également initiée pour examiner les enjeux légaux et administratifs advenant l'ajout d'un principe à *Loi canadienne sur la santé qui porterait* sur la dualité linguistique.

Recommandation 3

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral appuie pleinement la stratégie de réseautage proposée par le CCCFSM et que Santé Canada continue à supporter financièrement cette initiative. Le Comité recommande de plusla création d'un organisme national non–gouvernemental qui viendra superviser le travail des réseaux provinciaux et territoriaux dans le but de faciliter l'échange d'information et d'offrir un soutien technique à ceux qui en auront besoin.

Recommandation 4

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral appuie la mise en place du Consortium pour la formation des professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français. Le Consortium doit privilégier les programmes de formation où il y a une interaction linguistique entre le professionnel de la santé et le client.

Recommandation 5

Le Comité recommande qu'une partie équitable des 290 millions de dollars proposés dans son *Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada,* en vue d'accroître le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine, de sciences infirmières et de professions connexes, soit spécifiquement réservée pour la formation de professionnels francophones de la santé qui oeuvrent en situation minoritaire.

Recommandation 6

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral appuie la stratégie de développement de groupes de soins de première ligne et de lieux d'accueil qui améliorent l'accès aux services de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire, tel que décrit dans le rapport *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* et que Santé Canada continue à supporter financièrement cette initiative.

Recommandation 7

Le Comité recommande que la question des soins de santé aux minorités linguistiques soit à l'ordre du jour de la prochaine conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la santé.

Recommandation 8

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral entame des pourparlers avec les gouvernements provinciaux et territoriaux sur la possibilité de créer un programme de langues officielles dans le domaine de la santé (PLOS) afin de les appuyer à long terme dans la prestation des soins de santé à l'égard de leur communauté minoritaire de langue officielle.

Recommandation 9

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral œuvre en étroite collaboration avec les provinces et territoires dans le respect de leur juridiction, et qu'il étudie la possibilité de bonifier l'enveloppe actuelle des ententes fédérales provinciales et territoriales en matière de services dans la langue de la minorité de façon à augmenter la part des activités qui touchent la santé et les services sociaux.

LISTE DES TÉMOINS (37e législature, 1ière session)

Le jeudi 25 avril 2002

De Santé Canada:

M. Marcel Nouvet, sous-ministre adjoint, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité;

M. Michel Léger, directeur exécutif, Division des alliances stratégiques et des priorités, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité.

Le mardi 10 septembre 2002 (matin)

De la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada:

M. Jean-Guy Rioux, vice-président.

De la Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse:

M. Paul d'Entremont, coordinateur du Secteur santé.

De la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique:

Mme Yseult Friolet, directrice générale.

De l'Association canadienne-française de l'Ontario:

M. Alcide Gour, président sortant.

Le mardi 10 septembre 2002 (après-midi)

Du centre communautaire Évangéline:

Mme Élise Arsenault, directrice.

De l'Hôpital Montfort:

Dr John Joanisse, vice-président, Affaires académiques.

Du Centre de santé de Saint-Boniface:

Mme Suzanne Nicolas, directrice générale.

Du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire:

Dr Denis Vincent.

De la Cité collégiale:

Mme Andrée Lortie, présidente,

Mme Linda Assad-Butcher, directrice, Santé et services communautaires.

Du Réseau des cégeps et des collèges francophones du Canada:

M. Pierre Bergeron, directeur général.

Le mercredi 11 septembre 2002 (matin)

De l'Université de Moncton:

M. Yvon Fontaine, recteur et président du Consortium national de formation en santé.

De l'Université d'Ottawa:

Mme Pierrette Guimond, professeure adjointe, Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières.

De l'Université de Sherbrooke:

M. Aurel Schofield, vice-doyen adjoint, Faculté de médecine, coordonnateur de la formation médicale francophone au Nouveau-Brunswick.

Le mercredi 11 septembre 2002 (après-midi)

De l'Hôpital Saint-Boniface:

M. Hubert Gauthier, directeur général.

De l'Hôpital général d'Ottawa:

M. Jacques Labelle, ancien président-directeur général.

Des Affaires francophones intergouvernementales:

M. Edmond LaBossière, coordonnateur/facilitateur.